Revista

Psiquiátrica

Peruana

Organo de la Asociación Psiquiátrica Peruana

Volúmen 7 Número 1-4

1967

Los trastornos depresivos pueden manifestarse por síntomas tales como:



trastorno de la concentración
poca habilidad para el trabajo o el estudio



memoria deteriorada
duración de concentración reducida



indecisión
distracción, inseguridad



alcoholismo
"secreto," bebiendo sin control



discordia conyugal
alteraciones de la libido, discusiones

Estos síntomas objetivos pueden presentarse en los casos de depresión reactiva causada por aflicción, pérdida o separación de un ser querido o de algo importante, enfermedad o daño físico - así como en la depresión endógena.

para impedir el RETRAIMIENTO SOCIAL . . .

para evitar que se intensifiquen la apatía y la cortedad social en el paciente deprimido

Tabletas

CONCORDIN*

(Clorhidrato de Protriptilina MSD)

ANTIDEPRESIVO DE ACCION RAPIDA CON PROPIEDADES ACTIVADORAS Y ENERGIZANTES...

CON SIGNIFICATIVAS VENTAJAS CLINICAS



Av. Rep. de Panamá 3852 – Surquillo
Apartado 1231 – Telefono 28800

DONDE LA TEORIA DE HOY ES LA TERAPEUTICA DEL MAÑANA

* Marca Registrada por MERCK & CO. INC., RAHWAY, N. J., E.U.A.

REVISTA PSIQUIATRICA PERUANA

ORGANO DE LA ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

VOLUMEN 7 1967

LIMA - PERU

ASOCIACION PSIQUIATRICA PERUANA

Fundada el 25 de Junio de 1954, reconocida oficialmente el 18 de Setiembre de 1956

JUNTA DIRECTIVA PARA 1966-1968

Presidente: HUMBERTO ROTONDO GRIMALDI
Ex-Presidente: RAUL JERI VASQUEZ
Vice-Presidente: OSCAR VALDIVIA PONCE
Secretario General: CARLOS CARBAJAL FAURA
Secretario de Actas: VICTOR HUERTA-MERCADO CACERES
Tesorero: ETHEL BAZAN VIDAL

MIEMBROS HONORARIOS

Nathan Ackerman, Eugene Brody, Robert Campbell, Ewen Cameron, Julio Endara, Henry Ey, Spurgeon English, Lawrence Kolb, Jules Masserman, John R. Rees, Ramón Sarró, René Spitz.

MIEMBROS ACTIVOS

Francisco Alarco, Manuel Almeida, José Alva, Pablo Anglas, Carlos Añazgo, José M. Arnillas, Carlos Bambarén V., Ethel Bazán, Alfredo Beyer, Andrés Cáceres, Judith Calenzani, Arnaldo Cano, Baltazar Caravedo, Carlos Carbajal, Elsa Felipa de Cardozo, Renato Castro, María A. Silva de Castro, Augusto Colmenares, Hugo Delgado, César Delgado, Manuel Escobar, Horacio Estabridis, Manuel Fábrega, Manuel Fitzgerald, Carlos García Pacheco, Enrique Ghersi, Luis Guerra, Carlos Gutiérrez, Víctor Huerta-Mercado, Raúl Jeri, Pedro León, Fernando Loayza, Sebastián Lorente, Emilio Majluf, Niza Chiock de Majluf, Javier Mariátegui, León Mejía, César Muñoz Borja, Humberto Napurí, Estela Vildoso de Palacios, Rubén Ríos, Humberto Rotondo, Carlos Saavedra, Fernando Saba, Federico Sal y Rosas, Fernando Samanez, José Sánchez G., Antonia Sánchez C., Carlos A. Seguin, Oscar Valdivia, Hermilio Valdizán, Manuel Zambrano, Sergio Zapata.

MIEMBROS ASOCIADOS

Oscar Arbulú, Nelson Castro, Héctor Cornejo, Walter Griebenow, Felipe Iannacone, Víctor Infantes, Elia Izaguirre, César López, César Muñoz Bautista, Carlos Neuenschwander, Ismael Pardo-Figueroa, Alberto Péndola, César Sánchez M., Elard Sánchez T., Vital Scapa, Max Silva, Gustavo Vásquez-Caicedo, Francisco Vásquez, José Véliz, Jorge Villavicencio.

MIEMBROS CORRESPONDIENTES

José M. Alvarado (Bolivia), Alejandro Arellano, Alex Castoriano, Raquel E. de Cohen, Carlos Crisanto, Guillermo Dávila (México), Efraín Gómez, Max Hernández, Luis Huapaya, Luis Irurita, Moisés Lemlij, Alejandro Maguiña (Psicólogo), Carlos Mariani (Chile), Luis Navarro, Guillermo Olivos, Alberto Perales, Ernesto Pollit (Psicólogo), Leonor Revoredo, Oscar Ríos, Humberto Rosselli (Colombia), Luis Schwartz, Santiago Valdizán (Psicólogo), Roberto Villalón (Argentina).

Entre los diversos certámenes de carácter nacional e internacional celebrados durante este año en Lima, concitó gran interés por la trascendencia de sus fines el Seminario sobre la Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental en las Escuelas de Medicina, convocado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud Mental.

Con la publicación de cuatro trabajos relacionados con la enseñanza de la Psiquiatría en nuestro país, la Revista Psiquiátrica Peruana rinde homenaje a sus participantes y en forma especial a su diligente organizador Dr. René González Uzcátegui, Asesor Regional en Salud Mental de la OPS, por el éxito alcanzado, y a nuestro consocio Dr. Carlos A. Seguin, que fuera elegido Presidente de la Junta Directiva. El Informe Final de las sesiones celebradas lo incluimos en la sección de noticias.

Los resultados de una encuesta practicada entre los psiquiatras peruanos nos permiten conocer algunas características de este grupo profesional, así como la manera en que ejercen sus diversas actividades en el ámbito nacional.

Finalmente presentamos un estudio preliminar sobre la aplicación del condicionamiento operante en psicóticos crónicos institucionalizados con miras a lograr su resocialización.

EL EDITOR.

LA ENSEÑANZA PSIQUIATRICA EN LA EDUCACION MEDICA

Por CARLOS NEUENSCHWANDER LANDA

I — LA ENSEÑANZA MEDICA ACTUAL

Hacia una Medicina Integral

En el momento actual, es evidente que el pensamiento médico universal, coincide en que, siendo el hombre el sujeto y el objeto de la Medicina, ésta, tiene que considerarlo como un ente somático, psíquico y social, es decir, biológico, desde la más amplia acepción del término. Pero, si bien es cierto que tal acepción es relativamente fácil de aceptar, también es verdad que, en la práctica, resulta sumamente difícil precisar cómo la Medicina aprendida y ejercida por un solo hombre, puede abarcarla en tan vasta y diversa extensión. Por eso, frecuentemente, cuando se intenta puntualizar la manera como debe formarse al estudiante de Medicina, para que pueda encarar con propiedad la compleja problemática de ese ente somato-psíquico-social llamado hombre, se termina por caer en disquisiciones gárrulas y triviales. Tratando de que, en esta oportunidad no nos ocurra lo mismo, procuraremos sugerir pautas más o menos concretas. Para ello, tomaremos como base, una somera reseña histórica de la evolución que han experimentado los fundamentos filosóficos de la Medicina y una síntesis de los diversos métodos de enseñanza médica.

Hasta donde se sabe y se presume, en los albores de la llamada civilización occidental, el pensamiento humano estaba teñido de creencias mágicas o animistas, las que, al racionalizarse, derivaron en formas teológicas. Un determinismo inexorable determinaba los estados de salud o enfermedad. Platón, Hipócrates, Galeno, Parcelso, etc., desprendiéndose de esta forma de pensamiento, empiezan a atribuir las enfermedades a causas y mecanismos antropológicos y hablan de la "disrroia" y la "diskrasia", de los factores "proegumenes" y "continentes", aceptando una pluralidad etiológica y patogénica. Desde entonces hasta ahora, las causas de la enfermedad, han ido siendo atribuídas, con tendencia predominante, a factores externos o internos, genéticos o adquiridos, de acuerdo a las oscilaciones del pensamiento filosófico y del molde cultural en boga, vigente en cada etapa histórica, variando desde el más crudo materialismo hasta un espiritualismo a

---

* Catedrático Asociado de Medicina y Encargado de Neuro-Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Arequipa (Perú).

ultranza. Pero, estas vicisitudes ideológicas, son las que han conseguido, en última instancia, llevar a la investigación médica, desde el análisis microscópico y el estudio elemental orgánico, químico y físico, hasta la exploración de los fenómenos psicológicos y de los campos sociales.

La multiplicación de sistemas e instrumentos mecánicos y eléctricos, favorecieron las técnicas de experimentación y ellas fueron aplicadas, desde los comienzos de este siglo, a la investigación médica, la que, bajo su impulso, siguió cada vez más marcadamente, la tendencia de las ciencias naturales habiendo obtenido con ella, los más significativos y convincentes logros. Pero, a la vez, esa tendencia ha reforzado exageradamente la lógica mecanicista, basada o condensable, en último término, en un aforismo que puede enunciarse así "dado un movimiento previo, el movimiento posterior se continúa por necesidad, siempre que la máquina esté en condiciones". Era evidente que tal razonamiento, determinara y determine todavía una actitud mecanicista en el trabajo médico, gracias al cual, lo importante era hallar la pieza macro y microscópica dañada, para componerla, sustituirla o suplirla. Con este criterio la medicina, como ciencia, buscó formular leyes mediante las cuales los procesos mórbidos fueran fácilmente predictibles y así proliferó la Nosografía, el interés por la enfermedad y no por el enfermo; por el órgano y no por la persona.

El progreso técnico, sin embargo, llevó también a la comprensión de que el estudio de los fenómenos de los órganos aislados, era insuficiente para explicar ciertos hechos clínicos y patológicos y por eso se pensó en la necesidad de dirigir la investigación hacia la integración de las partes y éstas en sistemas constitutivos del todo. A ello contribuyeron principalmente el concepto dinámico de los fisiólogos y el progreso de las ciencias básicas.

Pero la integración orgánica no configuraba todavía la imagen completa de la persona humana, pues se presentía la intervención de un imponderable que escapaba a los más finos métodos de investigación de laboratorio y que sin embargo era capaz no sólo de modificar el curso de las respuestas orgánicas y funcionales, sino también de determinarlas por sí solo. Ahondando en su búsqueda, poco a poco, se fue comprendiendo la importancia de la dimensión psíquica, distorsionada precisamente por el mismo progreso tecnológico y la complejidad social, en la configuración de los sindromes. Además, esta nueva dimensión de la persona humana, era la que principalmente permitía la relación entre el individuo y los demás individuos, transformándolo en ente social, miembro de un todo aún más complejo y extenso, que era la comunidad. Y esta comunidad, gravitando sobre él, contribuía a encauzar su modo de reaccionar en la salud y en la enfermedad.

Como se ve, dentro del "corsi" y "recorsi" del devenir histórico de la Medicina, su orientación, en cuanto a la indagación de las causas de la enfermedad, ha variado desde el polo del materialismo hasta el del espiritualismo. Actualmente, el tremendo impulso del progreso de las ciencias físicas y químicas, de la electrónica y de la energía nuclear, tienden a acentuar su orientación mecanicista. Pero, el impacto desquiciador del mundo convulsivo en que vivimos, dificultando los procesos de adaptación, origina trastornos que no pueden ser atribuidos a

alteraciones de las moléculas germinales, ni de las estructuras histoquímicas y cuya causa tiene que buscarse forzosamente en los campos psicológicos y sociales. De allí que ahora, tiene que aludirse, necesariamente, a un criterio pluridimensional que involucre al mundo microscópico molecular y químico, como al ecológico, social y ambiental.

El prevenir los efectos de todas esas causas; amortiguarlos o eliminarlos es el objeto de la Medicina y del quehacer del médico. Pero si ésa es su misión, deberá ser eficientemente formado, es decir, que debe recibir una preparación integral y es aquí cuando se perfila la magnitud de la tarea del educador médico. Y éste es el tema del siguiente motivo de nuestro trabajo.

¿Qué es lo que se debe enseñar a los estudiantes de Medicina?

Para responder a esta pregunta hay que empezar por reconocer que los conocimientos y técnicas de la Medicina de hoy son tan vastos y diversos, tan minuciosos y profundos que definitivamente es preciso abandonar la idea de pretender trasmitirlos a los estudiantes en un período tan corto como el que dura su carrera estudiantil.

Frente a esta certidumbre, es necesario, sin embargo, definir lo que es indispensable enseñar. Para ello, tomando como inspiración las ideas de Ebaugh y Ryner, vertidas en "Psychiatry in Medical Education", en 1942, podríamos resumir los propósitos de la Educación Médica, en los siguientes:

1. En el ciclo de estudios generales o pre-médico, insistir en el aspecto formativo de la personalidad científica y humana de los estudiantes, "dándoles la oportunidad de formar actitudes personales y sociales; de forjar ideales que les permitan actuar como seres humanos en el más amplio sentido del concepto".
2. Desarrollarles la vocación y habilidad necesarias para la Medicina y darles la suficiente información científica y técnica para la práctica de su profesión específica; en particular, sólidos conocimientos en ciencias básicas y pensamiento y labores clínicas.
3. Enseñarles la metodología de aprender por su propia iniciativa y constantemente, para que pasada la etapa facultativa, sigan ampliando y renovando sus conocimientos.
4. Acostumbrarlos a comprender a sus pacientes como personas integradas física, psíquica y socialmente; y
5. Suscitar su capacidad creadora y de investigación.

Analicemos uno por uno ,los cinco fines enumerados anteriormente:

El primero equivale a la formación de personalidades independientes, socialmente útiles, adaptables y comprensivas. En realidad, estas cualidades, deberían formarse en el ambiente familiar, en la escuela primaria y en la secundaria, pero, ocurre, con frecuencia, sobre todo en nuestro medio, que los estudiantes que terminan la secundaria, debido a la defectuosa orientación familiar y a los sistemas pedagógicos que reciben, no desarrollan su independencia e identidad per-

sonales ni su capacidad creativa, y, por lo tanto, su disposición es mucho más receptiva que activa.

Al llegar a la Universidad, en los años llamados básicos o previos, sin las cualidades personales necesarias, irrumpen a un ambiente más de desorden que de libertad, donde se repiten los mismos errores docentes y didácticos que acentúan sus defectos formativos.

Finalmente, ingresan a la Facultad donde, bajo el efecto de la proliferación asfixiante de una información excesiva, acaban de perder los últimos residuos de su imaginación creadora. Luego, a lo largo de los cinco años facultativos, apremiados siempre por la necesidad de acumular conocimientos y la angustia de aprobar materias y dar exámenes, no tienen oportunidad para fomentar el lento germinar de las ideas propias ni para desarrollar los sentimientos sociales a los que por naturaleza deberían proyectarse.

Esta es la situación real y constituye un verdadero obstáculo para la formación integral del estudiante de Medicina. Para modificarla favorablemente, es necesario ir hasta las raíces mismas de las causas que la condicionan, es decir, tratar de cambiar la organización familiar y social para continuar después con una reestructuración de las bases doctrinarias de la docencia primaria y secundaria. Evidentemente, ésta es tarea que desborda las posibilidades del profesor de Medicina, por lo menos como gestión aislada. Pero, donde sí puede empezar a ser eficaz, es a nivel de los años previos en los cuales debe transformarse totalmente el plan de estudios en el sentido de que en vez de ser una inútil repetición de materias ya estudiadas en el ciclo secundario, se constituya por disciplinas formativas del carácter y de la personalidad del estudiante y de técnicas y procedimientos que lo familiaricen con la metodología de la actividad científica y lo inicien en las preocupaciones fundamentales de su profesión que son el bienestar del hombre y de la sociedad por medio de la Ciencia.

A nivel de los años facultativos debe desterrarse el intento de hacer de cada alumno, como dijera Rof Carballo, un "robot" inteligente. Es preciso dejar un margen prudente de tiempo y oportunidad para elaboración personal del pensameinto y para el desarrollo de la imaginación creadora.

El segundo de los fines citados por Ebaugh y Rymer, se refiere a la misión informativa de la Universidad y del educador, y lo primero que salta a la vista, en el estado actual de la Medicina, es la imposibilidad de trasmitir al alumno, que va a ser un médico general, todo el cúmulo de conocimientos especializados hasta hoy conseguidos. Frente a esta dificultad, es preciso concluir que, el ciclo de estudios facultativos no es más que la primera etapa de la formación del médico, que luego será seguida de la especialización y finalmente de la práctica profesional. Por lo tanto, los conocimientos y técnicas que se deben trasmitir al estudiante, deben reducirse a aspectos fundamentales de ciencias básicas y clínicas, cuya esencia y sistemática, le sirvan después para seguir aprendiendo, investigando y practicando por su propia cuenta. Debe pues renunciarse al propósito inconducente de formar eruditos precoces o especialistas prematuros.

Pero para que estos fines puedan llevarse a efecto, es indispensable que las facultades de Medicina y los centros de trabajo médico, se preocupen por proveer los medios materiales, académicos y humanos necesarios. Esta último afirmación, nos conduce a tratar siguiera someramente, de los métodos de enseñanza.

Son muy numerosos los métodos hoy empleados y mucho se discute en torno a su bondad o a sus defectos. En general puede decirse, sin necesidad de enumerarlos ni describirlos, que todos ellos tienen virtudes y limitaciones. Lo importante es saberlos aplicar, de modo que susciten el interés del alumno y lo transformen de elemento pasivo-receptivo, en activo-creativo. Ello implica, necesariamente calidades especiales de los profesores y disposiciones adecuadas de los alumnos. Pero vale la pena recordar ahora, que no puede existir sólo un método bueno para todas las materias. El método surge de la naturaleza esencial de los fenómenos que se estudia y de los propósitos que se persigue. En medicina, que agrupa a ciencias tan diversas que van desde las humanas hasta las matemáticas pasando por las naturales, evidentemente los métodos deben ser múltiples y variados, aunque predominan, lógicamente, los de base inductivo-experimental.

Sin embargo, vale la pena detenerse a considerar, someramente, las ventajas de dos tendencias que hoy día parecería que se disputan la preferencia de los educadores médicos y que son el sistema de block y el "concurrente", o "clerkship".

El sistema de bloque que en suma consiste en desarrollar un sílabo en una etapa determinada, para luego pasar a otro y así sucesivamente, resulta ventajoso en aquellas facultades donde los recursos materiales, de planta física, laboratorios, equipos y material de consumo, son escasos y donde, finalmente, la condición de trabajo de éstos es a tiempo parcial. Indudablemente que las peores desventajas dependen del poco contacto directo del estudiante con el ambiente hospitalario y particularmente con el paciente y del escaso sincronismo e integración horizontal con otras materias.

El sistema "concurrente", antiguamente llamado de externado, resulta del énfasis que se pone en la práctica clínica en contraposición a la profusión de las clases teóricas. Es evidente que sus principales ventajas son de carácter formativo, pues estimulan el sentido de responsabilidad, familiarizan con la vida hospitalaria, permiten un contacto más prolongado del estudiante con los enfermos y los maestros y facilita la integración entre diferentes materias. Pero exige locales adecuados y amplios, bien equipados; bibliotecas, personal docente numeroso trabajando a tiempo completo.

En suma, pues, la aplicabilidad de uno y otro sistema, depende de los recursos económicos, materiales y humanos de que se disponga. Naturalmente que esto no impide reconocer que el sistema "concurrente" es mejor. Una actitud recomendable, sería, la de ir acercándose a él, paulatinamente, en la medida en que las circunstancias ya citadas lo vayan permitiendo.

Tanto en el sistema de bloque como en el concurrente, los métodos son los mismos: clases teóricas, libros y revistas, técnicas de discusión y razonamiento como discusiones de grupo, mesas redondas y seminarios, técnicas de realización,

etc. Pero evidentemente, algunas métodos como el de las técnicas de discusión y razonamiento o el de realizaciones, es más adecuado al sistema concurrente.

Sin embargo, aquí es preciso considerar que, dada la diversidad de personalidades y sus diferencias de receptividad, todos los métoos son útiles, pues unos servirán mejor a los estudiantes de inteligencia visual, en tanto que otros serán preferibles para los temperamentos pragmáticos, etc. El educador médico, también de acuerdo a su capacidad para usarlos, puede y debe proponerlos todos, como a un haz de posibilidades, para que cada alumno elija los que más le satisfagan en cada circunstancias, de acuerdo a su natural disposición.

El tercer postulado que citamos, es el relativo a enseñarles la metodología de aprender por propia iniciativa y constantemente. Su objetivo es obvio y se desprende de lo dicho anteriormente: la dificultad de trasmitir a los alumnos el inmenso bagaje de conocimientos de la medicina actual. Es preciso, por eso, crearles el hábito de estudiar infatigablemente y llevarlos a la convicción de que los conocimientos que reciben durante la etapa facultativa, no son sino las bases sobre las que erigirán su propia sabiduría en la etapa de práctica profesional que no tiene límite.

El cuarto fin propuesto por Ebaugh y Rymer, respecto a la educación médica es el de "humanizar" el desempeño profesional del futuro médico. Este propósito, explícitamente citado, parecería ocioso o redundante, puesto que el objetivo de la profesión es por definición humano y humanitario. Sin embargo, a veces, el interés exagerado y acucioso por el objeto, hace perder de vista al sujeto y el estudio de las partes borran la noción del todo y entonces la Medicina se deshumaniza. Para reforzar esta aseveración, séame permitido citar un párrafo del Dr. Carlos Alberto Seguín de su libro "La preparación psicológica del estudiante de Medicina" que dice así:

"Se ha dicho que el buen médico siempre se preocupó de sus enfermos como seres humanos. Ello es cierto —no podía ser de otro modo— pero lo que debe hacerse notar muy claramente es que no se trata de predicar apostolado médico (que no necesita ser predicado) ni de hacer llamados a la humanidad del Doctor, sino de algo que acaso sea más convincente para los fanáticos de la "ciencia" en la Medicina: el descuidar estas nociones es una grave falta metodológica porque significa pasar por alto factores importantes en la determinación y evolución de la enfermedad y, por lo tanto no ajustarse a los básicos postulados de la más pura ciencia natural".

El último de los fines de la Educación Médica que propongo, es el de la investigación. Respecto a ella diré que, aunque parezca extraño, no depende tanto de los medios materiales y económicos de que se disponga ni de las técnicas que para el objeto se posean, sino, fundamentalmente del tipo de personalidad que cuente con esos elementos. Una personalidad exageradamente dependiente no será capaz de efectuar verdadera investigación, porque, por una parte, su rigorismo de conducta yugula la aventura de su creatividad —como diría Melanie Klein— y, por otra, su tendencia a refugiarse en la estabilidad y seguridad de la opinión del grupo, le resta originalidad.

La personalidad dependiente en general, tiende a suplir su falta de originalidad, mediante el acopio de información hasta llegar a la erudición.

Por el contrario, la actitud que permite el proceso creativo —como dice Rof Carballo— es un desenfoque de la realidad seguido de un proceso de reconstrucción pero hacia una nueva realidad. Y para ello, es preciso de independencia plena, de incredulidad en lo establecido y, sin embargo, de fe en lo inexistente.

Por eso, para fomentar la investigación que es una forma de la creatividad, es conveniente dejar un margen de tiempo ocioso y libre a los profesionales en formación y en ejercicio, vale decir a alumnos y profesores. Pero, naturalmente, no hay que exagerar la nota: no basta con eso, ya que mucha disposición creadora queda frustrada por falta de habilidad técnica y recursos materiales.

Otro aspecto de la Educación Médica que cabe considerar, es el relativo al control del aprendizaje y a los exámenes. Mientras el número de profesores no permita una tutoría, es decir una enseñanza personal y directa, los exámenes serán inevitables y para que éstos tengan significación y validez, en lo posible, deben ser de tipo práctico. Además, deben ser acumulativos, pues, así, el estudiante se ve obligado a actualizar, en cada examen, los conocimientos adquiridos durante el desarrollo de toda la materia, adiestrándose, desde entonces en la capacidad de la síntesis, tan necesaria en Medicina. De este modo, los exámenes se incorporan como un método más a los otros de la Pedagogía Médica.

En resumen, hemos tratado de plantear en lineamientos generales, primero, cual debe ser, a nuestro modo de ver, la concepción actual de la Medicina para desprender de ella, después, los objetivos o fines de la educación para lograr la formación integral del estudiante de Medicina.

Reconocemos que mucho más fácil es hablar de Medicina Integral que de Médico Integral. La primera se puede llevar a cabo, mediante el concurso de diversos especialistas trabajando en conjunto. Lo segundo es muy difícil conseguir en el corto período que dura el ciclo de formación del estudiante. Hablando en puridad de verdad, no es posible, en la práctica, la formación integral del estudiante de Medicina, pero al menos, conviene describir el intento, como un ideal, para que, al tratar de acercarnos a él, perfeccionemos nuestros sistemas y elevemos el nivel técnico, científico y humano de nuestros futuros médicos.

II — LA ENSEÑANZA DE LAS CIENCIAS PSICOLOGICAS EN LA CARRERA DE MEDICINA

La enseñanza de las ciencias psicológicas dentro de la carrera de Medicina, no obedece a una transacción que deben efectuar los especialistas de las especialidades somáticas con los de las psicológicas; ni es una intrusión de éstas en el campo "científico" de las ciencias naturales; tampoco su inclusión dentro del "currículum" de Educación Médica, tiene por objeto "culturizar" al médico en aspectos "afines" a la Medicina. Nada de todo ello. La psicología, es un aspecto de la biología. Si se quiere, es la función biológica de más alta jerarquía y no se

podría conocer al hombre, sano o enfermo, si se desconoce las más elementales características de esta función.

Por eso, resulta ocioso tratar de fundamentar la absoluta necesidad de considerar, dentro de las materias básicas de la enseñanza médica, a las ciencias psicológicas.

Lo que sí merece la pena discutir es la extensión y variedad que debe tener la enseñanza psicológica. Desde luego que se descarta la idea recortada de limitar la enseñanza a los aspectos patológicos de la actividad psíquica, pero, también conviene señalar, de entrada, que no hay que desbordarse por el otro extremo, pretendiendo hacer de cada médico un psicólogo o psiquíatra. Lo importante es proporcionar los conocimientos suficientes y necesarios sobre psicología normal y patológica, que permitan al profesional de la Medicina interpretar, con igual propiedad y soltura, tanto el aspecto somático como el psíquico.

La enseñanza de las ciencias psicológicas, debe abarcar todo lo largo y ancho de la carrera médica, es decir que comenzará en el ciclo pre-médico y durará hasta finalizar el internado, por una parte, y por otra, debe integrar los "sillabie" de todas las materias.

PLAN DE ESTUDIOS PSICOLOGICOS DURANTE LA CARRERA MEDICA

CICLO PRE-FACULTATIVO

Psicología General y Desarrollo de la Personalidad

Esta etapa cuyo propósito es eminentemente formativo, debería cumplirse en una Facultad de Estudios Generales, pero no existiendo ésta, habrá de llevarse a cabo en una Facultad de Ciencias. Sea en una o en otra, en cuanto a ciencias psicológicas, debe empezar por un profundo estudio de Psicología General, referente a las diversas categorías de fenómenos psicológicos normales. (Sensación, Percepción, Memoria, Atención, Inteligencia, Voluntad, etc.) que se desarrollará en forma práctica y teórica en el Primer Año.

Durante el Segundo, se estudiará la Formación y el Desarrollo de la Personalidad, para completar la Concepción Psíquica del Hombre, con la que el estudiante debe ingresar a la Facultad de Medicina.

CICLO DE CIENCIAS BASICAS

Primer Año de Medicina — Psicología Social

Siguiendo una secuencia ascendente, conocidas las características del hombre como ente individual, es preciso estudiar las que le corresponden como miembro de la colectividad o sea, como ente social.

La concepción generalizada de que los estudios médicos deben orientarse exclusivamente, en su etapa inicial, hacia el conocimiento anatómico y fisiológico, histológico y bioquímico, del organismo humano, ha hecho que se subestime toda otra clase de materias. Con ello se consigue que el estudiante de Medicina circunscriba su interés y disposición a los fenómenos y a la sistemática de las ciencias naturales y del hombre como ente somático, perdiendo totalmente la noción de sus aspectos psíquicos y sociales. Por eso, es conveniente que en esta fase de su formación, simultáneamente con otras ciencias de la conducta, se le trasmita los conocimientos básicos de Psicología Social que le permitan conocer el "status" y el "rol" del individuo dentro de la comunidad; las causas ambientales que distorsionan su desarrollo normal; las nociones de Higiene Mental necesarias para evitar esa distorsión, etc.

No basta sin embargo que la Psicología Social se enseñe en el Primer Año de Medicina, sino, además, que su programa se extienda a lo largo de todo el año y se coordine con las otras materias del ciclo. Por otra parte, la enseñanza de Psicología Social debe comprender clases teóricas y prácticas en trabajo de campo. Una manera de efectuar éste, es asignando a cada alumno, el estudio de una familia de alguna comunidad rural o urbana, en cuanto a su constitución, al ambiente material en que vive —en coordinación con la cátedra de Salud Pública— a la situación económica y finalmente al ambiente psicológico que la caracteriza. El estudiante, así, constituye un consejero familiar a la vez, llega a participar en la solución de los problemas de ésta, adquiriendo un genuino interés social y humano y no una simple información teórica. Su rol de asesor en salud, puede continuar con la misma familia o con otras, a lo largo de toda su carrera.

Segundo Año de Medicina – Psicología Médica

Mediante el estudio de la Psicología General, de la Formación y Desarrollo de la personalidad, de la Psicología Social, el estudiante de Medicina, adquiere una noción amplia y sólida de la dimensión psicológica del hombre. Ahora bien, el primer contacto del médico o del estudiante con el enfermo, es siempre psicológico, a través de la conversación y de la Historia Clínica o, más particularmente de la entrevista personal. Pero, el provecho que de ella se obtenga, depende, fundamentalmente, de la capacidad de comprensión de otras personalidades o en otros términos, de la sagacidad para establecer una buena relación interpersonal y una adecuada interpretación de los rasgos, actitudes y síntomas que durante ella se expresen. Para ello es preciso poseer una clara concepción psicodinámica adquirida a través del conocimiento de las diversas tendencias contemporáneas de la Psicología; de las técnicas de la entrevista personal y del manejo de algunos tests psicológicos.

Esos son, precisamente, los puntos fundamentales sobre los que debe versar el programa del curso de Psicología Médica, desarrollado a lo largo de todo el Segundo Año, en forma de clases prácticas y teóricas, integrado con los programas de las otras materias del "sillabus" de este ciclo.

Tercer Año de Medicina – Semiología y Psicopatología

Siguiendo la trayectoria normal de la Ciencia, es decir el camino inductivo, lo primero que debe aprender el estudiante, es la observación y comprobación de los síntomas y la configuración de los sindromes; luego la interpretación y clasificación de los mismos. Estos dos objetivos constituyen los programas de Semiología Psiquiátrica y Psicopatología. El primero debe ser estudiado junto con los otros capítulos de semiología (médica, quirúrgica, pediátrica y obstétrica). El segundo, paralelamente a Fisiopatología y Farmacología Especial o Aplicada, durante el segundo semestre.

Para que la enseñanza de la Semiología sea eficaz, es preciso que exista una casuística variada. En efecto, si bien es cierto que todo enfermo presenta un componente psíquico, las anormalidades en este aspecto, pueden ser tan sutiles que no son fácilmente percibidas por el estudiante, carente de experiencia y discernimiento semiológico suficiente. Por otra parte, en este aspecto como en los otros de la enseñanza clínica, el mejor método es el de la práctica cotidiana.

Cuarto Año de Medicina – Clínica Psiquiátrica y Nosografía

Este año, destinado específicamente al adiestramiento clínico y conocimiento nosográfico para todas las asignaturas, tendrá el mismo objeto en cuanto a Psiquiatría, debiendo estudiarse sindromes y enfermedades psiquiátricas, como un capítulo igual a los que corresponden a enfermedades neurológicas, cardiovasculares, respiratorias, etc. Pero, es conveniente remarcar que la enseñanza deberá ser eminentemente práctica, procurando que surja como una consecuencia necesaria del contacto permanente del estudiante con los enfermos. Además, es la etapa del diagnóstico sindrómico y no tanto del patogénico, tan controvertido y desgraciadamente aún confuso. Precisamente, es muy probable que tanto los médicos no especializados como los estudiantes, resten importancia y hasta rehuyan el examen psiquiátrico de los enfermos, por no verse empantanados en el complejo campo de las interpretaciones patogénicas psiquiátricas.

Quinto Año de Medicina – Higiene Mental, Medicina Legal, Psiquiatría Social

En este año, en el que termina el período del estudiantado de Medicina, deberá insistirse en la enseñanza de algunas técnicas de diagnóstico psiquiátrico, esbozadas en el año anterior, así como en los procedimientos especializados del tratamiento. Pero, además, coordinadamente con la cátedra de Salud Pública, se dará un curso de Higiene Mental y se desarrollarán los capítulos pertinentes de Medicina Legal.

Internado

Este ciclo que es a la vez, la culminación de la carrera de Médico General y el umbral de la especialización o del ejercicio profesional y en el cual el estu-

diante asume por primera vez responsabilidades plenas con el enfermo y el trabajo hospitalario, es indispensable darle la oportunidad de actuar, en igual sentido, con pacientes psiquiátricos. Para ello, en la distribución del tiempo del ciclo de internado, debe considerarse un período no menor de dos meses, destinado específicamente a prácticas en un servicio de Psiquiatría.

III — SECUENCIA DE LAS MATERIAS DE PSIQUIATRIA Y SU CORRELACION CON LAS DE OTRAS CATEDRAS

De lo expuesto en los capítulos anteriores, se desprende cuál debe ser la secuencia de las materias del "curriculum" de las Ciencias Psicológicas. Sólo cabe añadir ahora, que el curso de Semiología, debe comenzar por el capítulo correspondiente a Semiología Pediátrica lo mismo que en Clínica Psiquiátrica, se debe empezar por Psiquiatría Infantil, puesto que, muchas de las enfermedades mentales, se inician en esa etapa de la vida y conociendo su sintomatología temprana, podrá reconocérselas mejor en las fases de desarrollo y terminales.

En cuanto a la correlación con materias de otras cátedras, aunque resulta obvio, quizá convenga puntualizar algunos de sus aspectos más importantes. Para ello nos valemos del cuadro expuesto a continuación.

CURRICULUM GENERAL DE PSIQUIATRIA

PRIMER AÑO DE PRE-MEDICAS.—Antropología Social, Filosofía, Geografía, Historia, Matemáticas, Química, Física, Biología.

"Psicología General". (Curso anual, 150 horas).

SEGUNDO AÑO DE PRE-MEDICAS.—Antropología Cultural, Soviología, Bioestadística, Matemáticas, Química, Física, Biología.

"Psicología de la Personalidad" y "Psicología del Desarrollo" (Curso anual, 150 horas).

PRIMER AÑO DE MEDICINA.—Ecología, Bioestadística, Parasitología, Anatomía, Histología, Bioquímica.

"Psicología Social" (Curso anual, 80 horas).

SEGUNDO AÑO DE MEDICINA.—Higiene Ambiental, Bacteriología, Farmacología, Fisiología, Anatomía Patológica.

"Psicología Médica" (Curso anual, 80 hiras).

TERCER AÑO DE MEDICINA.—Epidemiología, Medicina Preventiva, Semiología Médica Quirúrgica, etc.

"Semiología Psiquiátrica" (Curso de un mes y 50 horas). "Psicopatología" (Curso de 2 meses y 5 horas).

CUARTO AÑO DE MEDICINA.—Medicina Preventiva, Clínica Neurológica, Clínica Médica, etc.

"Clínica Psiquiátrica".

QUINTO AÑO DE MEDICINA.—Administración Sanitaria, Clínicas Neurológica, Médica, Quirúrgica, etc.

"Psiquiatría Social" (Curso de 60 horas).

Internado Rural, en Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecología.

"Internado" (Curso de dos meses).

El número total de horas destinadas a la enseñanza de las Ciencias Psicológicas, hecha exclusión de las que corresponden al ciclo de internado que es a dedicación exclusiva, es de 630 en toda la carrera médica.

IV — ENFERMEDADES PSICOSOMATICAS

Deliberadamente se considera la enseñanza de las enfermedades psicosomáticas en capítulo aparte, porque se cree que es más apropiado, en el momento actual hablar en estos términos y no en los de Medicina Psicosomática ya que esta última designación corresponde más bien a una concepción de la Medicina que a una materia particular.

Desde este punto de vista, creemos que a partir del 3er. Año de Medicina debe impartirse instrucción en Semiología y Psicopatología en Clínica y Nosografía, en cuanto a aspectos psicosomáticos de los enfermos, en coordinación con las cátedras de Clínica Médica, Quirúrgica, Pediátrica y Obstétrica. Esta labor debe quedar encomendada a los profesores de la cátedra de Psiquiatría.

REFERENCIAS

BARCELLS GORINA, A. y Asociados: Patología General.
BLUMENFELD, W.: Psicología del aprendizaje.
BRIDGE, E. M.: Pedagogía médica.
CABALLEIRO GOAS, M.: Temas psiquiátricos.
DELAY, J., PICHOT, P.: Manual de Psicología.
DELGADO, H.: Curso de Psiquiatría.
EY, H. y Col.: Tratado de Psiquiatría.
GOMEZ CATALAN: Didáctica General.
HALLIDAY, J. L.: Medicina psicosocial.
LUZURIAGA, L.: Pedagogía y metodología.
LUZURIAGA, L.: Pedagogía contemporánea.
NEUENSCHAWANDER, C.: Conceptos psicopedagógicos sobre educación médica.
ROTONDO, H.: El diagnóstico en Psiquiatría. Revista Psiq. Peruana, 5: 14-26, 1965.
SEGUIN, C. A.: La preparación psicológica del estudiante de medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1964.
STERN, W.: Psicología General.
UNIVERSITY OF KENTUCKY: Teaching of Psychiatry and Mental Health, Public Health papers, Department of Behavioral Science.



Encefabol

Experiencias realizadas con un neuro-anabólico original

Por el Dr. César H. E. Blumtritt (Argentina)

El Día Médico, No. 78 (1966), págs. 1192–1193.

Quiero en esta breve exposición llevar a la consideración de los colegas, la sensación de que después de un largo tiempo de espera ha sido posible determinar la existencia de una droga original, la piritioxina (Encefabol), que por sus interesantes y múltiples propiedades pasa a ocupar un plano principalísimo en la terapia del sistema nervioso y órganos afines en sus afecciones constitutivas o neurológicas propiamente dichas, en sus manifestaciones funcionales, y ya refiriéndonos particularmente al cerebro, donde su actividad sobre las perturbaciones psíquicas es innegable y en oportunidades extraordinarias.
El estudio de aquellos fármacos que por su naturaleza estructural demostraron tener influencia en el metabolismo de la célula nerviosa, nos fue acercando a la meta hasta encontrar este eficaz preparado, que en realidad es un monohidrato de diclouruo de bis-3-hidroxi-4-hidroximetil-2-metilpiridil-5-metildisulfuro, que responde a la fórmula estructural siguiente:

CH_2OH CH_2OH
HO— CH_2—S—S—CH_2— —OH
H_3C— N N —CH_3 · 2 HCl · H_2O

La fórmula química es $C_{16}H_{20}C_4N_2S_2$, siendo su peso molecular de 368,48.
Su actividad más destacada se desarrolla principalmente sobre el sistema nervioso central, modificando en forma directa muchos procesos metabólicos alterados, normalizándolos en algunos casos y devolviendo la permeabilidad selectiva iónica a la neurona afectada.
Su buena tolerancia demostrada biológica y clínicamente queda expuesta por su DL 50 en mg/Kg según la vía de administración en diferentes animales:

	intravenosa	subcutánea	peroral
rata	300	3.000	5.000
ratón	225	3.170	6.140
gato	120	—	—

8) 28 casos:
Dosis: entre 2 y 5 grageas.
Tiempo: de 1 a 7 semanas.
Resultados: 5 muy buenos, 19 buenos y 4 regulares.

9) 336 casos:
Dosis: entre 2 y 4 grageas.
Tiempo: los tiempos oscilaron entre 5 días y 4 meses.
Resultados: muy buenos algunos, espectaculares en poco tiempo. En un caso en 5 días.

10) 184 casos:
En este grupo dispar se utilizaron dosis y tiempos muy variables pues se trataba de encontrar no una curación, pero sí una modificación de alguna de las características de las afecciones que presentaban los pacientes. Pese a la gravedad y al deterioro cerebral, con dosis que oscilaron entre 3 y 7 grageas se obtuvieron plausibles resultados que nos alientan seguir utilizando esta droga, aun en casos donde el paciente ha demostrado haber perdido el concepto de su estructura corporal.

Si bien comprendemos que esta exposición casi telegráfica, no es todo lo precisa que las circunstancias requieren, se ha seguido esta norma con el objeto de abreviar la comunicación.

A medida que el uso de la droga en los distintos aspectos manifestados fue confirmando la posibilidad de su uso en dosis muy elásticas, sin mayores inconvenientes (ya que en tan gran cantidad de enfermos sólo hubo que suspender la medicación por intolerancia en 3 casos — 2 niños y 1 adulto — en quienes provocaban vómitos, seguramente por una susceptibilidad especial) la confianza depositada en el medicamento fue en aumento a tal grado que su uso puede decirse, no tiene límites. Pero no debemos apartarnos de una razón fundamental. Los éxitos son tanto mayores, cuanto mayor es la adecuación terapéutica refiriéndonos al caso y a las dosis, que podemos variarla con comodidad y sin riesgos, dentro de un amplio margen que oscila entre 1 y 8 grageas diarias.

Quiero hacer esta acotación, porque en algunos casos que al principio parecían no responder al tratamiento, por la prudencia con que se dosificaban, cambiaron fundamentalmente con el aumento sensible de la dosis, de 3 a 8 grageas por ejemplo.

En la actualidad se sigue utilizando con toda la frecuencia necesaria y es de esperar que las comprobaciones efectuadas por otros profesionales confirmen el real valor de este agente terapéutico y su actividad a nivel de la neurona.

DARMSTADT · ALEMANIA

V
9/241/6/267

EL CONTENIDO DE LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA EN EL CICLO CLINICO *

Por HUMBERTO ROTONDO**

1.—Introducción

Si las escuelas de Medicina se han de orientar hacia la formación de un tipo de médico "básico", capaz de prestar atención médica quirúrgica general, obstétrica y pediátrica así como en relación a la salud mental, hemos de prepararle para que ejerza la Psiquiatría en la misma comunidad donde actúe, consultando cuando sea necesario, debidamente preparado para poder seguir a aquellos casos tratados en Hospitales Psiquiátricos o Centros de Salud Mental, para resolver emergencias y ayudar a las personas o familias que atraviesen por situaciones de crisis.

Esta orientación del futuro médico "básico" para esas tareas en la comunidad debe basarse, naturalmente, como quería Lawrence Henderson en su conferencia "Procedure in a Science" sobre: 1) una familiaridad habitual, íntima, intuitiva con las cosas, 2) un conocimiento sistemático de las cosas o hechos y 3) una manera efectiva de pensar sobre las cosas. "La íntima familiaridad proviene de la experiencia personal con los hechos bajo consideración; el conocimiento sistemático se construye pacientemente relacionando unos hechos con otros de un modo ordenado; la manera efectiva de pensar viene del empleo de un "esquema conceptual" que suministra un esquema de referencia para nuestras observaciones específicas".

En nuestra enseñanza tratamos de familiarizar al estudiante con todos los problemas comunes que ha de encontrar en su futura práctica, ofreciendo, de otra parte, oportunidades para que puedan seguir los casos observados en consulta externa o en régimen de hospitalización a fin de que adquieran una experiencia viva de lo que pueda hacerse usando todos los recursos terapéuticos. Esta familiaridad "longitudinal", si se me permite el empleo de este término, creemos es de la mayor importancia para que el estudiante adquiera actitudes constructivas respecto a sus posibilidades futuras en un trabajo médico integral. De otra parte tiene la oportunidad de atravesar por una experiencia crítica al asistir a cambios

*Trabajo presentado al Seminario sobre la enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental en las Escuelas de Medicina, Lima (Perú), Diciembre de 1967.

**Profesor Principal del Departamento de Ciencias Psicológicas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (Perú).

positivos: mejora sintomática y reapertura de posibilidades en la vida de los pacientes ambulatorios en relación a intervenciones psicoterápicas breves asociadas a un empleo juicioso de drogas.

2.—Objetivos específicos

Hemos planteado y orientado nuestra enseñanza, que se lleva a cabo en el cuarto año de Medicina en la sede de Psiquiatría "B" (Centro de Salud Mental Hermilio Valdizán), con el propósito central de contribuir a la formación integral del futuro médico general o básico mediante una orientación fundamental médico-preventiva. Para esto procuramos, en la enseñanza nosográfica y clínica destacar el modelo de la historia natural de la enfermedad con sus diferentes momentos en un proceso continuo: a) pre-patogénico, b) patogénico y c) de recuperación o de cronicidad, dando énfasis a las diversas y posibles intervenciones para detener el curso de ese proceso y restaurar la capacidad de la persona implicada. Bien sabemos que la comprensión de la historia natural de la enfermedad requiere un conocimiento de las circunstancias específicas, en la naturaleza, bajo las cuales estos desórdenes aparecen y persisten, así como de las circunstancias y condiciones bajo las cuales no ocurren. Este énfasis en el *proceso* y *circunstancias* en que ocurre el desorden o trastorno psiquiátrico se hace, tanto al impartir enseñanza nosográfica cuanto en el análisis clínico de los casos, sean lo que fueren: neuróticos, situacionales, de alcoholismo, etc.

Procuramos superar la línea divisoria entre Medicina Clínica y Epidemiología, considerada fundamentalmente como Ecología de la salud y de la enfermedad, empleando un enfoque epidemiológico-clínico, siguiendo el concepto de John R. Paul. Bien sabemos y esto lo enfatizamos en nuestra enseñanza, que en Epidemiología, sea de tipo convencional o del "clínico", que tiene como objeto de estudio o punto focal al individuo enfermo y su familia, el interés se amplía para tomar en consideración no meramente la fase de interrelación agente-huésped sino también los aspectos ambientales que se han afectado o puesto de manifiesto esas relaciones. Este amplio punto de vista es necesario si es que uno se va a orientar hacia la aplicación de medidas preventivas y de control no sólo para la comunidad (epidemiología de tipo convencional) sino también como lo puede y debe hacer todo médico y el que tratamos de formar, para el individuo y su familia (enfoque epidemiológico clínico). Esto implica la iniciación del alumno en el estudio del medio ambiente de sus pacientes, a través de visitas domiciliarias, que realizan acompañados de un psiquiatra y asistente social, para observación del "habitat", condiciones de vida, clima emocional, relaciones interpersonales, etc., de la familia, insistiendo en la influencia de dichos factores sobre la salud del caso en estudio y no como mera determinación del bienestar del grupo familiar observado.

Bien sabemos que el éxito de las observaciones epidemiológicas (convencionales y *clínicas*), promotoras de prevención, depende de la exactitud del diagnóstico clínico. No es serio tomar a la ligera o subestimar el diagnóstico clínico pues de éste dependerá la estrategia a seguir frente al caso. Como dice León Eisenberg

el diagnóstico "no es un ejercicio obsesivo de encasillamiento sino un precursor necesario para una investigación sistemática de causa, curso y tratamiento". En este sentido insistimos en la delimitación del trastorno, un diagnóstico etiológico multi-dimensional, una evaluación del grado de profundidad del trastorno y de la intensidad de los síntomas, y una consideración del curso del trastorno a propósito de cada caso en estudio.

Sin una preparación adecuada para el diagnóstico riguroso, naturalmente, no será posible ningún planteamiento de prevención secundaria; de ahí la insistencia en la sintomatología de inicio, sub-clínica, y a propósito de casos de reciente inicio, como es posible observar en nuestra consulta externa, sin lista de espera, el destacar la sintomatología leve, inadvertida, por la familia, y que precedió a aquélla que rebasó su tolerancia o la del paciente.

Queremos señalar los tópicos tratados en la sección o parte primera de nuestro curso de Nosografía y Clínica Psiquiátrica "B", que guarda relación con los conceptos o esquema de referencia desarrollado más arriba.

Sección I

PSIQUIATRIA GENERAL Y PREVENTIVA

1.—Clasificación y nomenclatura de los desórdenes psiquiátricos.
2.—Frecuencia y distribución. Epidemiología general y clínica.
3.—Etiología. Modelos etiológicos (modelo de la historia natural de la enfermedad y modelo de las "crisis"). Curso de los desórdenes psiquiátricos.
4.—Etiología, factores somáticos.
5.—Factores psicológicos y asociados al desarrollo.
6.—Etiología. Factores sociales y culturales.
7.—Principios de Psiquiatría preventiva.
8.—La familia en el enfoque epidemiológico clínico.
9.—El diagnóstico en Psiquiatría.

En este desarrollo inicial tienen lugar seminarios paralelos. a) Seminario sobre: "La familia, unidad epidemiológica". b) Seminario en relación a "Problemas de evaluación y de diagnóstico en Psiquiatría".

Para un ejercicio de la Psiquiatría en la comunidad, consideramos ocioso el iniciar debate sobre las prioridades de la enseñanza de éste o aquel contenido, enfrentar la enseñanza de los trastornos menores (neurosis) y de los mayores (psicosis), o entre Psiquiatría de Hospital General y de Hospital Psiquiátrico. Semejantes preciosismos, producto de una actitud no realista, soslayan el problema efectivo cual es el de instrumentar al médico práctico para que en su línea de avanzada pueda diagnosticar y tratar oportuna y precozmente todo tipo de trastornos psiquiátricos para detener la progresión o atenuar la sintomatología, si otra cosa no es posible, del mayor número de trastornos o de desórdenes psiquiátricos. Esto supone familiarizar prácticamente al futuro médico general con *todos* aque-

llos problemas a los que, quiéralo o no, salvo que los ignore, ha de enfrentarse en su práctica cotidiana. A este respecto no nos olvidamos de darles oportunidad de diagnosticar y tratar en *forma ambulatoria* desórdenes esquizofrénicos, acerca de cuya prevalencia, en la población general, todos sabemos pero no estimamos debidamente su gravedad como problema de salud pública. Entre nosotros hemos encontrado una prevalencia actual nada menos del 0.8% y precisamente en la población general que es donde actuará el futuro médico general o básico.

Otros tipos de trastornos frecuentes en la práctica médica general, pero no siempre debidamente diagnosticados y tratados, son los desórdenes depresivos de tipo reactivo o endógeno mitis o enmascarados que el médico, no bien adiestrado, trata sin éxito con tranquilizantes por no haber podido, generalmente, hacer un buen diagnóstico entre estados depresivos y ansiosos. Recurriendo una vez más a la información epidemiológica mencionaremos su elevadísima frecuencia en la población general donde hemos hallado un 5.8% de estados depresivos. Esto nos ha obligado en nuestro curso a dar una amplia extensión a la consideración de los trastornos depresivos leves, con síntomas psicosomáticos, aparte de que en la consulta externa se han familiarizado con dicho rubro, el que interesantemente está en primer término de orden de frencuencia en nuestra consulta.

Siguiendo la Clasificación y Nomenclatura de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana hemos desarrollado la parte de Psiquiatría especial. Conviene destacar que a propósito de cada uno de los grandes grupos de desórdenes psiquiátricos del adulto hemos desarrollado los correspondientes en el niño, atendiendo a su frecuencia de presentación y a las posibilidades de una intervención terapéutica, en muchos casos, de parte del médico básico o general.

El alcoholismo ha merecido un tiempo especial. En clases teóricas, seminarios, presentaciones clínicas, se han presentado casos de alcoholismo dando énfasis a su historia natural, sus fases, las posibilidades de intervención y no prestando únicamente atención, como ha sido tradicional, a las complicaciones psíquicas. Los desórdenes convulsivos, que están en el tercer orden de frecuencia en nuestra consulta externa, después de los desórdenes depresivos y esquizofrénicos, han sido objeto de una atención prolongada, familiarizando al alumno con su manejo y debido tratamiento.

Prácticamente, en la consulta externa, los alumnos pueden entrar en contacto al asistir a sus instructores acerca de cómo proceder psicoterapéuticamente a propósito de los más diversos tipos de trastornos en forma breve conforme lo podrá practicar el futuro médico básico. Ajenos a toda polémica de escuela, se ha dado énfasis a las terapias que facilitan los procesos adaptativos del yo, a las llamadas terapias de soporte y a aquellos aspectos preventivos de mayores problemas mediante el reconocimiento de cómo las actitudes del médico pueden ser psiconocivas cuando falta el respeto y la aceptación incondicional del cliente o del paciente.

En síntesis nuestra enseñanza está dirigida hacia una formación del futuro médico general para:

1.—Una detección precoz de casos psiquiátricos o de personas con problemas emocionales.

2.—Una acción, hasta donde es posible, en los demás niveles de aplicación (primaria, terciaria).

3.—Estudiar y ayudar en el tratamiento o solución de los problemas de la familia del paciente, a través de un acercamiento y comprensión del funcionamiento del grupo familiar así como de un análisis de la situación en que se ha iniciado o agravado la enfermedad.

4.—Prestar atención a las situaciones de "crisis" del individuo y de la familia, preparándose en técnicas reparativas breves y para intervenciones de tipo preventivo.

En relación a estos objetivos sentimos la necesidad de intensificar, en el curriculum de la enseñanza médica de nuestra Facultad, la enseñanza integrada de los grandes principios y prácticas de la Medicina Preventiva, cosa que ya se ha iniciado recientemente en este centro de estudios.

REFERENCIAS

EISENBERG, LEON: Chapter 42 "Comprehensive textbook of Psychiatry". Ed. by A. Freedman and H. Kaplan William & Wilkins, Baltimore 1967.

HENDERSON, LAWRENCE: "Procedure in a Science" in "Human Relations" by Hugh Cabot-Joseph A. Kahl, Harvard Un. Press, Cambridge, Mass., 1953.

PAUL, JOHN R.: "Clinical Epidemiology". Chicago Un. Press Chicago, 1958.

ROTONDO, HUMBERTO: "Estudios de Psiquiatría Social en el Perú". Ed. del Sol, Lima 1963.

LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA A TRAVES DE LOS GRUPOS DE LIBRE DISCUSION *

Por MANUEL ZAMBRANO**

De acuerdo a las recomendaciones surgidas a raíz del Seminario de Educación Médica, llevado a cabo en nuestra Facultad en el mes de Mayo de 1965, se instituyó la enseñanza en pequeños grupos en los años clínicos con una tendencia gradual al clerkship.

Este sistema de enseñanza ya lo habíamos comenzado a aplicar en algunas Cátedras —Psiquiatría y Clínica Médica—, desde años anteriores. Para ese año planeamos la enseñanza a través del pequeño grupo de libre discusión a expensas de las clases teóricas de tipo conferencia, sistema tradicional que seguía nuestra Facultad.

Los grupos de discusión que aplicamos caen bajo la denominación de "democráticos" en oposición a los "autocráticos", según los conceptos sociológicos que son pasibles a la enseñanza.

En esta comunicación intentamos exponer algunos de los supuestos teóricos que nos basamos, la técnica empleada, nuestros resultados y las apreciaciones hechas por los alumnos mediante la encuesta.

SUPUESTOS TEORICOS

1.—Consideramos con Bawman, MacCalman, Ganzarain, King, Bridge, Miller, Seguín y muchos otros, que el aprendizaje no es un acto meramente intelectual, sino un proceso cargado de afecto. No es el acúmulo de datos memorísticos sino la incorporación de lo nuevo a través de la vivencia.

2.—Aceptamos que el aprendizaje activo por parte del alumno supone un cambio conceptual en la función del pensamiento, transformándolo de "dilemático a dialéctico", como dice Echegoyen.

3.—Creemos con García que el aprendizaje involucra un cambio en la personalidad del alumno. Este cambio consiste en adquirir una nueva identidad al crecer a través de incorporar y asimilar conocimientos en forma continua y, no necesariamente, ligado al profesor.

---

*Trabajo presentado al VII Congreso Colombiano de Psiquiatría, Cartagena-Colombia, Nov. 1967.

**Profesor Encargado de la Cátedra de Ciencias Psicológicas y Psiquiátricas de la Facultad de Medicina de Trujillo (Perú). Miembro Correspondiente de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría.

4.—El aprendizaje en pequeños grupos, conducido con la técnica de discusión, tendría como otro objetivo primordial el aumento de la comprensión de lo aprendido, de acuerdo a Gibb.

5.—La función del profesor es la de estimular el aprendizaje y la transmisión del conocimeinto de él al alumno, es sólo parte del proceso, según Cirigliano-Villaverde y muchos otros.

6.—Consideramos que la clase teórica tiene su aplicación cuando se quiere transmitir una información eminentemente técnica a sujetos debidamente preparados en un aspecto.

ASPECTOS DE LA TECNICA EMPLEADA

La Cátedra de Ciencias Psicológicas y Psiquiátricas recibe grupos de alumnos que varían en número de 12 a 18 de los dos últimos años de estudios (4ta. y 5ta. matrícula) en forma alternada por un lapso que varía entre 5 y 6 semanas durante todo el año académico.

La Cátedra, a su vez, los distribuye en dos o tres subgrupos, según la actividad del día.

Cada alumno al comenzar el ciclo recibe un "Plan de Trabajo" donde someramente se dan los conceptos sobre la enseñanza, se puntualiza la distribución de los grupos y subgrupos, los horarios de actividades, el sistema de evaluación, etc. También reciben una "Guía mínima" de aprendizaje donde se señalan los capítulos fundamentales del "libro guía" a tenerse en cuenta y los apartados que podrían considerarse como posibles seminarios. Así mismo se les facilita dos pautas para Historia Clínica: una breve para aplicación inmediata en la consulta externa y otra extensa y comentada de carácter biográfico, para su desarrollo posterior. Además se les da impreso un esquema de discusión para los conversatorios, otro para el examen psíquico por funciones, mecanismos psicopatológicos generales y de adaptación y, por último, para la visita domiciliaria. A los alumnos del 5º año se les obsequia un manual sobre Medicina Psicosomática.

Parte de la primera reunión de profesores y alumnos se dedica a la discusión del "Plan de Trabajo" con sus diversas indicaciones. Posteriormente se continúa con la actividad que corresponde al calendario establecido.

Como para discutir es necesario tener alguna información y como se había acordado suprimir las clases teóricas, el material tenía que proporcionarlo el mismo alumno.

De esta manera las fuentes tenían que ser: a) la práctica misma con pacientes, b) los conversatorios clínicos, c) los seminarios, d) lo que llamábamos "grupos de discusión" en el 4º año, y e) las revisiones bibliográficas en el 5º año.

En lo posible se trata de que coincidan sobre un mismo aspecto psiquiátrico la práctica de un día con el seminario del siguiente, la presentación clínica por parte del alumno con la revisión bibliográfica posterior. En fin, se trata de correlacionar las diversas formas de aprendizaje a un tópico determinado que previa-

mente ha sido escogido por los alumnos. La motivación, generalmente, la encuentra el alumno en los pacientes de la consulta.

En el 4º año, las tardes de los días de práctica, se comentaban las incidencias de ésta en forma amplia, especialmente, en cuanto a dificultades que el propio alumno había encontrado y a los factores dinámicos de la entrevista. En veces surgen temas semiológicos precisos que se amplían por lecturas inmediatas que dan nuevos materiales de discusión.

En el 5º año, dos tardes a la semana, se llevan a cabo los "grupos formativos". Estos grupos son asimilables a los llamados Grupos "F" de Ganzarain y Bridge. El criterio para su aplicación a la enseñanza se puede fundamentar así: 1) Integrador y humanista. 2) Didáctico, en el sentido de vivenciar una situación psicológica con miras a su aplicación posterior en la práctica profesional. 3) Tendiente a la maduración psicológica del estudiante. 4) Estimular la socialización y, por intermedio de ella, favorecer la asociación de alumnos con propósito de estudio y de investigación. 5) No psicoterapéutico. Por estos criterios, tal vez, estos grupos podrían denominarse mejor "pedagógicos" o "psicopedagógicos".

Para los profesores se acordó tomar una actitud observadora-participante: se promueve la discusión cuando ésta decae, se sintetiza las diferencias corrientes que surgen de la discusión, se lanza una pregunta al grupo o se relata anecdóticamente algún caso de problemática similar al comentado, pero toda pregunta dirigida directamente al profesor es irremediablemente devuelta al grupo.

Los profesores, además, participan con el alumno en las entrevistas con sus pacientes y en la redacción de las Historias Clínicas correspondientes en horas y días especiales. Se asume con esta función el papel de tutor: se recomiendan las fuentes bibliográficas, se aclara los hechos semiológicos, nosográficos o terapéuticos. Es decir, como una parte de su aprendizaje se transmite directamente el conocimiento.

Para suplir, suplencia con creces, las clases teóricas, se recomienda un libro —libro guía— pero con la siguiente advertencia: lo que dice este libro no es un dogma, sirve para comunicarnos inicialmente bajo un mismo idioma, Uds. pueden y, sobre todo, deben leer cualquier otro.

Por último, en cuanto a técnica se refiere, se tiene en cuenta el ambiente del aula de clases.

Se trata en lo posible en que no haya jerarquización en la distribución de los asientos para los alumnos y ello se obvia colocándolos en círculo. Al principio se cerraba el círculo con una mesa donde se situaban los profesroes, pero esto fue percibido por los alunmos y en la primera encuesta se encontró la siguiente expresión: "Los profesores sentados en su mesa tomando notas, parecen más bien verdugos o jueces".

Por supuesto, se enmendó este error, adoptando una actitud aparentemente menos vigilante y más disimulada en cuanto a las anotaciones para una posterior calificación. Así mismo se suprimió la mesa que cerraba el círculo y los profesores se situaron indistintmaente entre los alumnos.

Este año se han introducido dos nuevos elementos: un examen tipo prueba

objetiva (escogencia múltiple) al final del curso como medio evaluativo del sistema, presentado anónimamente y que por lo tanto no influye en el calificativo final. El otro es la presentación por escrito de: preguntas, comentarios, dudas, etc., de sus lecturas previas, antes de comenzar el seminario que con anterioridad ellos mismos han escogido.

RESULTADOS

De la primera reunión alumnos-profesores al comienzo del ciclo y después de recibir las diferentes pautas, la pregunta obligada que planteó a los profesores fue: "¿No nos van a dar clases?". Ante la contestación negativa y de que en este método no eran necesarias, provocaba desaliento, protesta y angustia.

Sin embargo, la metódica de la enseñanza en pequeños grupos de libre discusión es rápidamente aceptada por la mayoría de los miembros de los diversos grupos.

Así las primeras sesiones están cargadas de tensión y al grupo le es difícil tomar la iniciativa. Al comienzo las preguntas son dirigidas a los profesores y muchas veces se exige una respuesta de ellos. También para las respuestas que ellos dan o para las intervenciones que quieren hacer, se dirigen a los profesores o piden permiso levantando la mano.

Se comenta que para hablar no necesitan pedir permiso y que ellos son libres en sus intervenciones.

Necesariamente se sienten frustrados. Comprenden que se está yendo contra moldes prefijados por la tradición en que se considera que la única autoridad de la clase es el profesor y que la última palabra la tiene él.

Así, una fase anterior a su adaptación es la búsqueda del líder del grupo como reemplazo del profesor. Se trata de designar a uno por mayoría, democráticamente, dicen, pero pronto se dan cuenta de la inutilidad de su elección. Posteriormente el líder aparece en forma espontánea.

Aceptada la libre discusión en grupo, el comportamiento de los alumnos se modiifca. Es interesante anotar la forma en que ellos mismos conducen las discusiones. Dejan de dirigirse al profesor y lanzan sus preguntas, hacen sus críticas, sus recapitulaciones y sus observaciones al grupo y esperan de éste la aprobación o rechazo. Algunos vienen preparados y consultan sus notas escritas, otros comprenden que a pesar de haber tenido lecturas equiparables surgen rápidamente divergencias.

En el intento de llegar a un acuerdo está el éxito de la técnica de grupo. De esta manera se llega a la transferencia del conocimiento que ha venido de la interacción de ellos mismos y no únicamente del profesor.

En la evaluación hecha por los propios alumnos, 92% de los encuestados en el 5° año, respondieron que el método era bueno y los restantes, que era regular. En el 4° año, el 93% calificaron al método como bueno y el restante 7% como regular. En el área de la asimilación de conocimientos, el 85% del 5° año respondieron que *sí* habían asimilado lo fundamental y el restante 15% que *más o menos*.

En el 4º año, el 93% respondieron afirmativamente, el 5% que *más o menos* y el 2% que no habían asimilado lo fundamental.

Los porcentajes en lo que va transcurrido del presente año, son los siguientes: en el 4º año, el 42% considera que el método es excelente y el 58% que es bueno; la asimilación de lo fundamental del curso es excelente para el 12%, buena para el 75%, mala para el 5% y no contestó el resto. En el 5º año, es excelente para el 7% y buena para el 93%. El 82% opinó que el conjunto de conocimientos asimilados ha sido *bueno*, 6% que malo y el resto no contestó.

La encuesta aplicada es amplia y abarca diversas áreas. Hecha la tabulación, será motivo de una comunicación especial.

CONCLUSIONES

El sistema de la enseñanza de las ciencias psicológicas y psiquiátricas a través de los grupos de libre discusión es aplicable en una Facultad de Medicina en que se tenga como meta la formación del médico general, porque permite crear en éste la participación activa dentro del grupo y una actitud positiva hacia la medicina psicológica por propia experiencia.

Para su aplicación es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

1.—Conocimientos básicos de la dinámica de grupos por parte del profesor.

2.—Un cambio en la actitud del profesor: pasar de orador principal a oyente observador.

3.—No debe existir interferencia de otras cátedras con los grupos de discusión.

4.—Da mejor resultado cuando el nivel intelectual de los miembros del grupo es ligeramente superior al término medio por lo menos y cuando los alumnos no son personalidades autoritarias. Para estos dos tipos de alumnos es mejor el sistema autocrático.

BIBLIOGRAFIA

BRIDGE, E. M.: "Pedagogía Médica". Publicación Científica Nº 122 de la O.P.S., 1965.

CIRIGLIANO-VILLAVERDE: "Dinámica de Grupos y Educación", Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1967.

ECHEGOYEN, E. y col.: "Dinámica de grupo operativo". Anales del III Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Octubre de 1964, Lima.

GANZARAIN, R. y col.: "Relaciones humanas y el proceso de enseñar-aprender en la escuela de medicina". Revista Educación Médica y Salud. Vol. I, Nº 2, 1967, Santiago, Chile.

GARCIA, A.: "Algunas consideraciones y comentarios sobre la enseñanza en pequeños grupos en Psiquiatría". Rev. Col. de Psiquiatría. Vol. I, Nº 5, pág. 241-245, Bogotá, Colombia, 1966.

GIBB, JACK R.: "Manual de Dinámica de Grupos". Ed. Humanitas, Buenos Aires, 1966.

HERRERA, MAURO: "Metodología General". Ed. de la U.N.T., Trujillo (Perú), 1966.

KING, T. C. y ZIMMERMANN, J. M.: "Motivation and Learning in Medical School". J. Med. Educ. Vol. 38, pág. 865-870, Octubre 1965.

KING, T. C. y ZIMMERMANN, J. M.: "The Student Center Group". J. Med. Educ. Vol. 38, pág. 871-878, Octubre 1963.

MILLER, G. E. editor: "Teaching and Learning in Medical School". Harvard University Press, Mass. 1961.

ROLLA, E.: "Psicoterapia individual y grupal". Ed. Paidos, Buenos Aires, 1962.

SEGUIN, C. A.: "La preparación psicológica del Estudiante de Medicina". U.N.M. S.M., Lima, 1964.

SEMINARIO DE EDUCACION MEDICA. Publicación mimeografiada de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Trujillo (Perú), 1965.

ZAMBRANO y col.: "La enseñanza de las ciencias psicológicas y psiquiátricas en la Facultad de Medicina de la U.N.T.". Rev. de Medicina y Cirugía, Vol. II, Nos. 2-3, 1964, Trujillo, Perú.

ZAMBRANO, M. y ALAYZA, F.: "Primeras experiencias en grupos formativos con alumnos del 5º año de la Facultad de Medicina de la U.N.T.". Comunicación presentada a la II Jornadas de Docentes de la Facultad de Medicina de Trujillo, Perú, Mayo 1967.

INFLUENCIA DE LA ENSEÑANZA PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA SOBRE EL ENFRENTAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL

(Un estudio estadístico)

Por RENATO ALARCON GUZMAN*

INTRODUCCION

De la abundante literatura existente sobre educación médica en general y psiquiátrica en particular, es relativamente pequeña la proporción de trabajos que pretenden evaluar la tarea educativa en su doble vertiente —enseñanza/aprendizaje— y con criterio estadístico. Hay que reconocer que universidades y facultades médicas de Estados Unidos de Norteamérica poseen la mayor experiencia y han brindado los mayores aportes en cuanto se refiere a este aspecto técnico-pedagógico de la formación médica. Turrell, Lin, la OMS (1963), reseñan verazmente, las apreciaciones de numerosos profesores estadounidenses. Sin embargo, no debe considerarse que todos los aportes entrañan visiones objetivas. Así, algunos trabajos se contentan con meras apreciaciones de matiz psicodinámico (O'Connor, 1964; Guiora y cols., 1965) en relación al enfrentamiento del alumno con el aprendizaje o del profesor con la enseñanza; otros emiten juicios personales sobre determinados métodos u orientaciones pedagógicas (Fleischman, 1955; Matarazzo, 1957; Arrington y Hilkowitz, Forman y cols., 1964; Scott y cols., 1965; Pruyser, 1966), en tanto que algunos sí respaldan estas consideraciones con datos objetivos o cuantificables de indudable valor (Goldstein y Salzman, 1962; Sifneos, 1964; Garetz y Magraw, 1965). Es significativo que los métodos de indagación más comúnmente utilizados son los cuestionarios y las entrevistas grabadas. No faltan por último, los trabajos de información general, de corte más bien periodístico (Barnes, 1965).

Muchos de los trabajos anteriores no se detienen a analizar el grado en que la formación psicológica y psiquiátrica del estudiante de medicina influye, a largo plazo, sobre su consideración del enfermo mental, de la enfermedad mental y de las disciplinas que los estudian. En todo caso, puede advertirse siempre una tónica cautelosa, cuando no pesimista respecto a este punto. Son conocidos los diversos prejuicios con que el alumno se acerca al estudio de estas disciplinas, prejui-

* Jefe Instructor y Coordinador de la Cátedra de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia

cios que han sido bien analizados por Pacheco e Silva (1961) y Turrell (1963) entre otros. Y son altamente significativas las conclusiones de Bruhn y Parsons (1965) sobre opinión de estudiantes y residentes de diversas especialidades en torno a las disciplinas psiquiátricas. En el Perú no hay aportes originales y precisos sobre el particular.

Habitualmente, el estudiante de medicina recibe en los primeros años de su formación, breves nociones de Psicología general que, años más adelante pretende engranarse con cursos de complejidad creciente (Psicología Médica, Psicopatología, Clínica Psiquiátrica). Paralelamente soporta un ingente caudal de conocimientos de medicina general y de las más diversas especialidades, al tiempo que se pone en contacto con la realidad semi-clínica de los pacientes médicos y quirúrgicos con la concreción de las más variadas pruebas auxiliares del diagnóstico y casi siempre, con el dictamen anátomo-patológico en veces inapelable. En realidad hasta hoy sólo hay evidencia indirecta de la magnitud de este impacto "somiátrico" sobre la personalidad del futuro profesional.

El enfrentamiento con las disciplinas psicológicas y psiquiátricas y con su especial tipo de paciente —el enfermo mental— es indudablemente una experiencia novedosa para el estudiante de medicina. Lo pone frente a entidades clínicas de naturaleza diferente —a despecho de la raíz organicista que pudieran tener—, frente a métodos y recursos semiológicos y clínicos peculiares, frente a un terreno movedizo dentro de las disquisiciones diagnósticas, y —lo que es más importante— induce casi subconcientemente la auto-observación que trae aparejadas revelaciones y actitudes enigmáticamente distintas. Todo ello repercute indiscutiblemente en su aprehensión del fenómeno "enfermedad - enfermo mental" y, por contigüidad, en su posición frente a estas disciplinas.

Alejándose sin embargo, del terreno especulativo, el presente trabajo pretende evaluar, con el máximo respaldo estadístico posible, en qué medida ha influído la enseñanza de las materias psicológicas y psiquiátricas sobre el enfrentamiento del enfermo mental, por parte de los estudiantes de medicina del Perú.

MATERIAL Y METODOS

Dentro de una encuesta destinada a indagar diversos aspectos sobre la enseñanza y el aprendizaje de la Psiquiatría en el Perú (Alarcón, 1966), se incluyeron, en su parte final, las siguientes preguntas concretas:

a) ¿Qué criterio tenía Ud. del enfermo mental *antes* de empezar el aprendizaje de los cursos que imparte la Cátedra de Psiquiatría?

b) ¿Qué criterio tiene Ud. *actualmente* del enfermo mental?

La encuesta se aplicó a los estudiantes que en 1965 culminaron el 5º Año de Medicina en las facultades de Trujillo, Arequipa, San Fernando y Cayetano Heredia. Todos ellos habían recibido enseñanza psicológica y psiquiátrica por lo menos en el transcurso de dos de sus años de estudio. Respondieron el formulario 32 de los 35 alumnos matriculados en 5º año de la Facultad de Medicina de Trujillo; 32 de los 36 matriculados en el mismo año en la Facultad de Arequipa; 116 de los 143 de la Facultad de Medicina de San Fernando; y 49 de los 53 de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La aparente diversidad de respuestas suscitadas por los dos planteamientos fue superada agrupándolas de acuerdo a la semejanza de sus contenidos conceptuales, en los siguientes cinco criterios principales:

a) Clínico favorable: Aquél que trasuntaba una consideración predominantemente médica (criterios diagnósticos, pronósticos, terapéuticos, etc.) del enfermo mental, así como la posibilidad de recuperación o mejoría. Ejs.: "...que portaban una enfermedad curable"; "...una enfermedad como cualquier otra"; "se les puede rehabilitar", etc.

b) Clínico desfavorable: Se tenía igualmente una visión puramente técnica, al tiempo que la conclusión entrañaba posibilidades negativas de cura o recuperación. Ejs.: "...que eran crónicos"; "...su enfermedad era irreversible"; "incurables"; "...de su pronóstico sombrío".

c) Académico: Las opiniones agrupadas bajo este criterio se hallan fundamentalmente influídas por las conceptualizaciones didácticas, es decir aquéllas que más bien tienden a definir la enfermedad antes que el enfermo, fruto más de la clase magistral que la vinculación asistencial. Ejs. ".....sujetos que presentan desequilibrio en su homeostasis psicofisiológica"; "...enfermos con manifestaciones patológicas de la esfera mental, de etiología a determinar".

d) Afectivo o "pático": Se habla del paciente psiquiátrico en términos reveladores de variadas y a veces encontradas fuerzas afectivas, como si la aprehensión fundamental repasara en esa repercusión sentimental despertada por el contacto con el enfermo de la mente. Ejs.: "...sujeto peligroso"; "...al que habría que tener miedo"; "despreciable"; "...paciente al que hay que ayudar y comprender".

e) Confuso e incompleto: Conceptos imprecisos, vagos, demasiado generales, elusivos o no concebidos con plenitud y rotundidad. Ej.: "...creía que sólo eran los esquizofrénicos"; "...no lo he comprendido"; "no tenía idea definida"; "sujeto raro".

Las respuestas emitidas y agrupadas en estos cinco criterios fueron luego tabuladas y procesadas estadísticamente para ser finalmente consignadas en las correspondientes tablas de resultados.

RESULTADOS

TABLA I

CIFRAS MINIMAS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS PARA CADA UNO DE LOS GRUPOS EXAMINADOS

FACULTADES	TOTAL DE ENCUESTADOS	Nº MINIMO DE ALUMNOS	% ± E. St.
Trujillo	32	4	12.5 ± 5.8
Arequipa	32	4	12.5 ± 5.8
San Fernando	116	5	4.3 ± 1.9
Cayetano Heredia	49	4	8.1 ± 3.8

TABLA II

DIFERENCIAS ENTRE PORCENTAJES MINIMOS ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVOS

FACULTADES	DIF. % ± E. St.
Arequipa - Trujillo	16.4 ± 8.2
Arequipa - San Fernando	12.2 ± 6.1
Trujillo - San Fernando	12.2 ± 6.1
Arequipa - Cayetano Heredia	13.8 ± 6.9
Trujillo - Cayetano Heredia	13.8 ± 6.9
Cayetano Heredia - San Fernando	8.4 ± 4.2

TABLA III

CRITERIOS SOBRE EL ENFERMO MENTAL ANTES Y DESPUES DE LA ENSEÑANZA PSIQUIATRICA

PREGUNTAS	RESPUESTAS	TRUJILLO	AREQUIPA	SAN FERNANDO	C. HEREDIA
15. Qué criterio tenía Ud. del enfermo mental *antes* de empezar el aprendizaje de los cursos que imparte la Cátedra de Psiquiatría?	Criterio clínico favorable	0.0	18.7	8.6	4.1
	Criterio clínico desfavorable	37.5	21.8	42.1	18.4
	Criterio académico	37.5	0.0	4.3	8.2
	Criterio pático, afectivo	24.9	0.0	8.6	26.5
	Criterio confuso, incompl.	24.9	43.6	12.9	20.4
	Otros	0.0	12.4	2.6	2.0
	Ninguno	0.0	0.0	0.7	0.0
16. Qué criterio tiene Ud. *actualmente* del enfermo mental?	Criterio clínico favorable	53.1	18.7	28.4	20.4
	Criterio clínico desfavorable	3.1	0.0	5.9	6.1
	Criterio académico	24.9	6.2	8.6	22.4
	Criterio pático, afectivo	15.6	31.2	17.2	22.4
	Criterio confuso	0.0	6.2	2.6	2.0
	Otros	0.0	0.0	7.7	2.0
	Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0

TABLA IV

TIPO DE MODIFICACION HABIDA EN EL CRITERIO SOBRE EL ENFERMO MENTAL, ANTES Y DESPUES DE LA ENSEÑANZA

RESPUESTA	TRUJILLO	AREQUIPA	SAN FERNANDO	C. HEREDIA
Favorable	75.0	56.2	34.4	42.8
Desfavorable	0.0	3.1	6.0	6.1
Invariable	15.6	15.6	17.2	14.3

DISCUSION Y COMENTARIOS

Las mínimas cifras estadísticamente significativas para cada una de las Facultades, vale decir el menor número de alumnos, su porcentaje equivalente y el error standard correspondiente, están contenidas en la Tabla I. Se han calculado también (Tabla II) los errores standard de las mínimas diferencias porcentuales estadísticamente significativas, para los efectos de la comparación entre los resultados de las cuatro facultades.

Antes de entrar de lleno a la discusión de la tabla de resultades, conviene una digresión respecto a la agrupación de los criterios acordados. Tal agrupación puede parecer, en verdad, arbitraria, e incluso puede argüirse —cosa que efectivamente es cierta— que fueron muchos los casos de estudiantes, entre los que respondieron, cuya opinión abarcó más de un criterio. (En todo caso, los porcentajes siempre están referidos al total de encuestados de cada facultad).

No obstante lo anterior, conceptuamos que ésta era la forma más viable para cuantificar estadísticamente el intento. La semejanza, incluso formal, de las respuestas, permitió una agrupación relativamente fácil, como fácil resulta también advertir que se ha procurado establecer criterios con pocos o ningún punto de contacto entre sí.

En el caso de estudiantes que emitieron respuestas que abarcaron dos o más criterios, ellas fueron tabuladas en cada uno de los criterios afectados, desde el momento en que la estimación total de las cifras reflejará siempre que determinada proporción de alumnos piensa en esos términos. En otras palabras, la posibilidad de que el estudiante opine sobre un mismo asunto desde dos o más puntos de vista paralelos pero no similares, individualiza cada punto de vista pero no cada opinión. La Facultad en la que se dio con más frecuencia este fenómeno fue la de Trujillo.

Es interesante el examen de las cifras (Tabla III). *Antes* de recibir la enseñanza de las disciplinas psicológicas o psiquiátricas, el criterio clínico favorable alcanzaba proporciones sin valor estadístico en Trujillo y Cayetano Heredia, sumamente baja en San Fernando (8.6%) y más bien moderada en Arequipa con el 18.7% del total de alumnos encuestados. Esta cifra sin embargo, debe ser tomada con cautela, como veremos más adelante.

En cuanto al criterio clínico desfavorable, sí puede apreciarse valores elevados. Para el 42.1% de los sanfernandinos el enfermo mental no ofrecía mayores posibilidades de respuesta favorable a la actividad asistencial del médico, lo mismo que para el 37.5% de los trujillanos, el 21.8% de los arequipeños y el 18.4% de los heredianos.

El criterio académico no tenía significación, salvo para el 37.5% de alumnos de la Facultad de Medicina de Trujillo. El hecho es explicable por el ningún contacto formal que los estudiantes habían tenido con el enfermo mental antes de la enseñanza facultativa. Esta posibilidad hace que la cifra en Trujillo no deba considerarse con certeza. De su lado, el criterio "pático" o afectivo predominaba en el 26.5% de alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y en el 24.9% de los de la Facultad de Trujillo. Finamente, en Arequipa, un 43.6% de los encuestados tenía un criterio confuso e incompleto del enfermo mental, superando el 24.9% de Trujillo, al 20.4% de Cayetano Heredia y al 12.9% de San Fernando.

Los promedios de las cifras porcentuales obtenidas, en las 4 facultades, antes de la enseñanza psiquiátrica son:

Criterio Clínico favorable	7.9%
Criterio Clínico desfavorable	30.0%
Criterio Académico	12.5%
Criterio Afectivo, pático	15.0%
Criterio Confuso, incompleto	25.5%

Considerados individualmente, se infiere que el criterio clínico desfavorable predominaba entre los alumnos encuestados. Si agregamos la cifra de criterio clínico favorable, podemos concluir que casi el 40% de los estudiantes se acercó por vez primera al enfermo mental, desde una posición relacionada fundamentalmente con las connotaciones técnicas de la profesión médica. Otro 25.5% no tenía un criterio claro sobre el mismo tipo de enfermo y más atrás venía un enfrentamiento afectivo (15%), relegando al académico al último lugar 12.5%).

Si analizamos estas comprobaciones a la luz de la luenga experiencia pedagógica, el panorama responde exactamente a la peculiar circunstancia de la población estudiantil de las facultades médicas. Muchos alumnos —y nuestro trabajo demuestra que más de la tercera parte— asumen, por el solo hecho de ingresar a una escuela de medicina, una posición cuestionablemente auténtica pero no por ello menos evidente, como resultado de la cual el rasero clínico preside su aproximación al paciente. No es menos numerosa la cantidad de estudiantes que no alcanzan a redondear su impresión sobre el enfermo mental, posición ésta que psicológicamente, puede ser más genuina que la anterior. En la conformación del criterio afectivo obran disposiciones personales y elementos ambientales de no poca monta. Por último el hecho de que sean los menos quienes emitieron opiniones de corte académico sobre el enfermo mental, se explica y se comprende por el ningún contacto que la mayoría de estudiantes ha tenido con enfermos mentales antes de los correspondientes ciclos de enseñanza.

La opinión *actual* de los alumnos sobre el enfermo mental, es decir aquélla que se ha ido modelando paulatinamente a medida que recibía la enseñanza psicológica y/o psiquiátrica por un lado y el resto de la enseñanza médica por otro, ofrece también, en nuestro trabajo resultados dignos de consideración. Para los efectos de la apreciación estadística, sólo tienen valor, diferencias porcentuales de 16.4% o superiores entre las cifras propias de las Facultades de Medicina de Trujillo y Arequipa; de 5.2% o más entre las de San Fernando y de 10.6% o más entre las de Cayetano Heredia.

El criterio clínico favorable mejoró significativamente en 3 de las 4 facultades, manteniéndose invariable en la de Arequipa. Es particularmente llamativa la cifra del 53.1% alcanzada en Trujillo a partir del 0% que en el mismo rubro, se logró antes de la enseñanza y el aprendizaje. Y son también importantes los ascensos de 4.1% a 20.4% en Cayetano Heredia y de 8.6 a 28.4% en San Fernando. La invariabilidad de la cifra en Arequipa demuestra indirectamente que la anterior era algo inconsistente.

Igualmente importante es el marcado descenso que en todas las facultades tuvo el criterio clínico desfavorable. En cuanto al criterio académico las variaciones no tienen valor estadístico, excepto el caso de los alumnos de Cayetano Heredia, el 22.4% de los cuales emitió opiniones en ese sentido contra sólo 8.2% habido en igual renglón antes del proceso de la enseñanza. Tal vez si la naturaleza y la orientación de la enseñanza hayan influído en esta modificación que en todo caso resulta desfavorable.

El criterio afectivo o pático se eleva en Arequipa y San Fernando y no se modifica significativamente en Trujillo y Cayetano Heredia. A su turno el criterio confuso experimenta notable descenso en todas las facultades, como no podia esperarse de otro modo.

Los promedios generales en este segundo aspecto de nuestro estudio son:

Criterio clínico favorable	30.1%
Criterio clínico desfavorable	3.8%
Criterio Académico	15.5%
Criterio Afectivo o pático	21.6%
Criterio Confuso	2.7%

La comparación con los promedios alcanzados antes de que los alumnos recibieran la enseñanza de materias psicológicas o psiquiátricas (gráfica A) confirma la positiva modificación del criterio clínico y la casi total desaparición del criterio confuso o incompleto. Las variaciones en los criterios académico y pático si bien no son significativas muestran tendencia a mejorar, lo cual habla a favor de niveles apropiados de enseñanza teórica en el primer caso y de enfrentamiento humano en el segundo.

Finalmente, analizando, las respuestas de cada uno de los probandos sobre su opinión del enfermo mental, antes y después de la enseñanza, se puso concluir (Tabla IV) que la modificación fue favorable para las tres cuartas partes del alumnado de Trujillo, para más de la mitad del de Arequipa, para el 42.8% de Cayeta-

no Heredia, y para poco más de la tercera parte de San Fernando. Los porcentajes de quienes no variaron su criterio después de sus estudios son sensiblemente semejantes en las cuatro facultades.

Cabe pues preguntarse si la existencia de estos criterios, en especial el alcanzado después de la enseñanza psicológica y psiquiátrica, refleja la orientación y la calidad de la enseñanza, así como el nivel y la hondura del aprendizaje. La respuesta puede ser parcialmente afirmativa si se considera, con Collins (1964), que la enseñanza, creando un ambiente favorable al aprendizaje, hace que éste sirva a fines que los alumnos ya vislumbran concretamente (ejercicio profesional, actividad social, calidad humana de la profesión). En la medida y en el sentido en que se configuren criterios respecto al enfermo mental, puede apreciarse el énfasis y la forma en que la mentalidad del estudiante, aparte sus disposiciones personales, fue enfrentada a este tipo de paciente y consecuentemente, a la enseñanza de las disciplinas que de él tratan. La conclusión final en nuestro trabajo parece ser favorable en muchos aspectos.

RESUMEN

Con el fin de evaluar la medida en que la enseñanza de las materias psicológicas y psiquiátricas ha influído sobre el enfrentamiento del enfermo mental, por parte de los estudiantes de medicina del Perú, se aplicó una encuesta a un total de 229 alumnos de 5º Año, de las facultades de Trujillo, Arequipa, San Fernando y Cayetano Heredia. Se comprobó que aún antes de recibir toda enseñanza, casi el 40% de los encuestados asume frente al enfermo mental una posición relacionada fundamentalmente con las connotaciones ténicas de la profesión médica y con caracteres negativos en cuanto a esta aproximación clínica. En tanto que un 25% no tenía criterio claro sobre el mismo tipo de paciente. Después del proceso enseñanza-aprendizaje, la mayoría enfrenta siempre al enfermo con criterio clínico, mejorando significativamente las perspectivas pronósticas. Asimismo se reduce la magnitud del criterio confuso e incompleto y asoma una mayor consideración pática del paciente psiquiátrico. Se plantea la posible vinculación de estas modificaciones con la orientación y la calidad de la enseñanza así como con el nivel y la hondura del aprendizaje.

BIBLIOGRAFIA

1. ABAD GOMEZ, H.: Segundo Seminario viajero sobre la organización de las Escuelas de Medicina de América Latina. *Boletín* de la Oficina Sanitaria Panamericana, 57:1-15, 1964.

2. ALARCON G., R.: La enseñanza y el aprendizaje de la Psiquiatría en el Perú. Tesis Bachiller, Lima, 1966.

3. ARRINGTON, G. E. and HILKOWITZ, G.: "Man and his environment": a new course of study at the Medical College of Virginia. *Journal of Medical Education*, 39:704-711, 1964.

4. BRACELAND, F. J.: Psychiatry and the future of medical education. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 157:1377-1381, 1965.

5. BRUHN, J. C., PARSONS, O. A.: Attitudes toward medical specialites: two follow-up studies. *Journal of Medical Education*, 40:273-280, 1965.

6. FLEISCHAM, O.: A method of teaching psychotherapy (One wayvision room technique). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 19:160-172, 1955.

7. FORMAN, L. H., BARNES, R. H., WILKINSON, CH. B., PORTLAND, T. S.: Evaluation of teaching efforts with non-psychiatric medical practitioners. *Diseases of the Nervous System*, 25:422-426, 1964.

8. GARETZ, F. K. and MAGRAW, R. M.: The medical students attitude toward psychiatric patients and the speciality of Psychiatry. *Journal of Medical Education*, 40:801-804, 1965.

9. GOLDSTEIN, R. H. and SALZMAN, L. F.: Correlates of Clinical Judgment in Psychiatry. *Journal of Medical Education*, 37:1101-1104, 1062.

10. GROUP FOR ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY: The preclinical teaching of Psychiatry. Report Nº 54, 1062.

11. GUIORA, A. Z., MAUM, R. D. and SCHMALE, H. T.: A study of the learning and teaching processes in Psychotherapy. 4ª Conferencia Anual on Research in Medical Education, 1965.

12. LANDA, C. R.: La formación pedagógica del profesor universitario. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 75:306-331, 1961.

13. LIN, T.: Perspectivas de la enseñanza de la psiquiatría. En: Enseñanza de la Psiquiatría y de la Salud Mental. *Cuadernos* de Salud Pública de la OMS, 9: 23 61, Ginebra, 1963.

14. MATARAZZO, J. D. and DANIEL, R. S.: The teaching of Psychology by psychologists in Medical Schools. *Journal of Medical Education*, 32:410-415, 1957.

15. O'CONOR, CH. T.: Some problems of the medical students in his clinical years. *Diseases of the Nervous Systems*, 25:696 698, 1964.

16. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: La formación del Psiquiatra. 12º Informe del Comité de Expertos en Salud Mental (42 pp.). Ginebra, 1963.

17. PACHECO E SILVA, A. C.: Problemas psicológicos del estudiante de medicina e interrelaciones entre estudiantes y profesores. *Actas Luso-españolas de Neurología y Psiquiatría*, 20:252-257, 1961.

18. PRUYSER, P. W.: Difficulties in learning, A Talk to teachers. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 30: 71-84, 1966.

19. QUEROL, M.: Humanización de la enseñanza de la Psiquiatría. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 11:127-134, 1965.

20. SALZMAN, L. F., ROMANO, J.: Grading Clinical performance in Psychiatry. *Journal of Medical Education*, 38:746-751, 1963.

21. SEGUIN, C. A.: La preparación psicológica del estudiante de medicina (285 pp.) Imprenta de la U.N.M.S.M., Lima, 1964.

22. SIFNEOS, P. E.: A compromise senior year psychiatry course. *American Journal of Psychiatry*, 121:48-51, 1964.

23. TURRELL, E. S.: La formación del médico. En: Enseñanza de la Psiquiatría y de la Salud Mental. *Cuadernos de Salud Pública de la OMS*, 9:14-22, Ginebra, 1963.

24. VALDIVIA P., O.: Reacciones psicosomáticas de los estudiantes frente al "stress" de los exámenes. *Revista de la Sanidad de Policia*, 23: 287-296, 1963.

25. WALTON, H. J., DREWERY, J. and PHILILLIP, A. E.: Typical medical students. *British Medical Journal*, 5411: 744-748, 1964.

26. WHITEHORN, J. C.: Human factors in Psychiatry. *Bulletin of the New York Academy of Medicina*, 40: 451-466, 1964.

EL EJERCICIO ACTUAL DE LA PSIQUIATRIA EN EL PERU

Contribución al estudio de los recursos humanos para la asistencia psiquiátrica

Por CARLOS BAMBAREN VIGIL*

A pesar de que este tema ha concitado la atención de varios autores, nos ha parecido que su actualización podría resultar interesante en vista de dos hechos evidentes: 1) La disparidad de datos en diversos informes y trabajos, debida seguramente a las diferentes fuentes de información utilizadas; y 2) La importancia que tiene el conocimiento cabal de los recursos disponibles para la elaboración de programas de acción en Salud Mental.

Nos formulamos varias preguntas que trataran de cubrir la información deseada: ¿Quiénes y cuántos somos? ¿Dónde estamos? ¿Qué hacemos? ¿Cómo estamos trabajando? De esta manera, abandonando el afronte tradicional limitado sólo a aspectos cuantitativos, pensamos obtener una visión realista de la utilización de los recursos humanos en nuestro país.

Las dos primeras preguntas han quedado contestadas en una publicación reciente(1); las restantes pretendemos que queden aclaradas en el presente trabajo, para así tener lo que podríamos llamar un "modelo" del psiquíatra peruano, base fundamental del equipo de salud mental.

MATERIAL Y METODO

Se estructuró un cuestionario que incluía información sobre filiación, adiestramiento y/o experiencia en psiquiatría, actividades predominantemente ejercidas, cargos desempeñados en instituciones especializadas, modalidad asistencial principal, pertenencia a instituciones científicas especializadas, labor docente e investigación.

El cuestionario fue enviado a 140 psiquíatras que ejercen en el Perú y a 32 que se sabía que se encontraban en el extranjero en el momento del estudio (mayo de 1966 a abril de 1967). El 90% de los médicos proporcionaron la información so-

*Jefe de Servicio, Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán" (Lima).

licitada y la restante fue complementada con datos obtenidos en instituciones así como en entrevistas personales cada vez que fue posible.

RESULTADOS

Para la presentación de la información hemos considerado en unos casos al grupo total de los 172 médicos encuestados, y en otros solamente a los 140 residentes en el Perú, tratándose de datos relativos al ejercicio profesional especialmente.

Lugar de nacimiento y residencia

De los 172 psiquíatras encuestados, 166 son peruanos de nacimiento y 6 son extranjeros, de estos últimos residen 5 en el Perú. Los 32 psiquiatras en el extranjero se encuentran unos trabajando y otros estudiando. Todo esto puede apreciarse en el cuadro Nº 1.

CUADRO Nº 1

LUGAR DE NACIMIENTO

(Residentes en el Perú)

Peruanos

Ancash	5
Amazonas	1
Apurímac	—
Arequipa	20
Ayacucho	4
Callao	3
Cajamarca	7
Cuzco	2
Huancavelica	3
Huánuco	3
Ica	4
Junín	3
La Libertad	5
Lambayeque	4
Lima	50
Loreto	1
Madre de Dios	—
Moquegua	—
Pasco	1
Piura	8
Puno	1
San Martín	1
Tacna	2
Tumbes	—
Sin datos	7
TOTAL	135

Extranjeros

Argentina	1
Colombia	1
Chile	1
España	1
Paraguay	1
TOTAL	5

PSIQUIATRAS PERUANOS EN EL EXTRANJERO

	TRABAJANDO	ESTUDIANDO	TOTAL
U. S. A.	17	3	20
Inglaterra	0	4	4
Canadá	3	0	3
Alemania	0	2	2
España	0	1	1
Francia	1	0	1
Suecia	—	—	1
TOTAL	21	10	32

Edad y sexo

La distribución por edades en el cuadro Nº 2, señala que 107 (62%) están comprendidos entre los 21 y los 40 años; 56 (32.5%) entre los 41 y los 60 años; y 9 (4.5%) entre los 61 y 85 años, siendo la edad máxima 82.

Los hombres suman 157 (91.3%) y las mujeres 15 (8.7%); tres de ellas están casadas con psiquíatras.

CUADRO Nº 2

DISTRIBUCION DE LOS PSIQUIATRAS SEGUN LA EDAD

21—25	4	
26—30	29	
31—35	27	
36—40	47	107
41—45	31	
46—50	12	
51—55	10	
56—60	3	56
61—65	3	
66—70	2	
71—75	3	
76—80	0	
81—85	1	9
TOTAL		172

DISTRIBUCION POR SEXOS

Hombres	157	
Mujeres	15	8.7%

Año de promoción médica

Pensamos que este dato puede ofrecernos información acerca de la tendencia de los médicos para dedicarse a la especialidad psiquiátrica según las épocas. En el cuadro Nº 3 podemos observar la distribución obtenida, teniendo en cuenta que a partir de 1953 las promociones han sido mayores, así como también que actualmente hay varias facultades de Medicina, lo que no ocurría hasta hace pocos años.

CUADRO Nº 3

PSIQUIATRAS POR PROMOCIONES MEDICAS — 1960-1966

1909	1	1952	3
1918	2	1953	11
1922	2	1954	16
1924	1	1955	16
1929	1	1956	6
1932	1	1957	4
1933	1	1958	5
1937	2	1959	4
1940	1	1960	6
1941	1	1961	9
1942	3	1962	6
1944	2	1963	11
1945	2	1964	9
1946	4	1965	6
1947	3	1966	6
1948	5	Sin datos	10
1949	5		
1950	5	TOTAL	172
1951	2		

Experiencia y/o adiestramiento en Psiquiatría

La información obtenida a este respecto se consigna en el cuadro Nº 4. Vemos que el 60.5% se ha especializado exclusivamente en el Perú y el 39.5% restante en unos casos ha complementado su formación en el extranjero (20.3%) y en otros ha hecho toda su experiencia en el exterior (19.2%). El país que con más frecuencia ha sido escogido con esta finalidad es Estados Unidos de Norteamérica (50%) lo cual no debe llamar la atención en vista de la influencia que la Medicina norteamericana ejerce en las dos últimas décadas en los países de América Latina, además de las facilidades que ofrece para el adiestramiento y trabajo médico.

CUADRO Nº 4

EXPERIENCIA Y/O ADIESTRAMIENTO EN PSIQUIATRIA

	Exclusivamente en el Perú	104	60.5%
(a)	En el Perú y otros países	35	20.3%
(b)	Exclusivamente en el extranjero	33	19.2%
	TOTAL	172	100.0%

	(a)	(b)	TOTAL
U. S. A.	12	22	34
Canadá	6	2	8
Inglaterra	6	0	6
Alemania	5	1	6
Argentina	1	4	5
España	0	4	4
Francia	3	0	3
Brasil	1	0	1
Italia	1	0	1
TOTAL	35	33	68

Lugar de ejercicio en el Perú

De los 140 psiquíatras residentes en el Perú, dos no ejercen la profesión actualmente. Los restantes se distribuyen en el territorio nacional según indica el cuadro Nº 5, donde además se señala el número de Residentes en adiestramiento en los programas actualmente en funcionamiento.

CUADRO Nº 5

DISTRIBUCION DE LOS PSIQUIATRAS EN EL PERU

Lima	124*
Arequipa	7
La Libertad	4
Piura	2
Junín	1
Lambayeque	1
Tacna	1
TOTAL	140

*Incluyendo 18 Residentes en adiestramiento y 2 psiquíatras que no ejercen.

Modalidad asistencial

En esta sección del cuestionario, se ofrecían las siguientes posibilidades: Hospitalaria, Servicios de atención ambulatoria exclusivamente, Clínicas privadas, práctica privada, instituciones diversas. Los resultados se exponen en el Cuadro Nº 6 en tres secciones. En la I se agrupan los psiquíatras según las modalidades que declararon ejercer; en la II el número de psiquíatras que practican cada una de ellas; y en la III el número de actividades ejercidas simultáneamente, sin contar la enseñanza e investigación que son presentadas aparte. Hay que agregar que 6 psiquíatras realizan funciones de consultores en clínicas privadas no especializadas.

CUADRO Nº 6

MODALIDAD ASISTENCIAL

I

H	34
H+P	40
H+P+C	4
H+C	4
H+C+I	1
H+P+I	9
A	7
A+P	9
A+P+C	3
A+C	1
A+P+I	1
C	3
C+P	1
C+P+I	3
P	12
P+I	4
I	2
No ejercen	2
TOTAL	140

II

H	92
P	83
A	21
C	20
I	20

III

No ejercen	2
1	58
2	59
3	21
TOTAL	140

(H) Hospital- (A) Servicio ambulatorio - (C) Clínica privada - (P) Práctica privada - (I) Instituciones diversas.

Actividad principal dentro de la Psiquiatría

En este rubro se consideró en el cuestionario: Psiquiatría General, Psiquiatría Infantil, Psicoterapia, Higiene Mental, Psiquiatría Forense y Administración. Al igual que en el rubro anterior, el cuadro Nº 7 tiene tres secciones. En la I están agrupados los psiquíatras según la actividad que declararon ejercer predominantemente; en la II el número de psiquíatras qeu practica cada una de ellas; y en la III el ejercicio de una o varias de ellas simultáneamente. Llama la atención el número exiguo de los psiquíatras dedicados exclusivamente a tratar niños, así como también los que cultivan la psiquiatría forense, la administración y la salud pública.

CUADRO Nº 7

PRINCIPAL ACTIVIDAD DENTRO DEL CAMPO DE LA PSIQUIATRIA

I

G	77
G+P	24
G+I	4
G+H	3
G+P+I	2
G+P+H	5
G+H+A	1
G+I+H	1
G+I+H+A+P	1
G+F	3
P	9
I	4
I+H	2
H	2
Ninguna	2
TOTAL	140

II

G	121
P	41
H	15
I	14
F	3
A	2

III

Ninguna	2
1	92
2	36
3	9
5	1
TOTAL	140

(G) Psiquiatría General - (I) Psiquiatría Infantil - (P) Psicoterapia - (H) Higiene Mental - (F) Psiquiatría Forense - (A) Administración.

Pertenencia a instituciones científicas especializadas

Si bien es cierto que existen varias agrupaciones que tienen que ver con actividad científica psiquiátrica, dos son las más importantes: la Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía (antiguamente Sociedad de Neuro-Psiquiatría) fundada en 1938 y la Asociación Psiquiátrica Peruana fundada en 1954. En el cuadro Nº 8 se presenta el número de psiquiatras afiliados a cada una de ellas y al final el número "real" de afiliados en total pues varios médicos pertenecen a ambas sociedades.

CUADRO Nº 8

PERTENENCIA A SOCIEDADES ESPECIALIZADAS

	ACTIVOS	ASOCIADOS CORRESP.
Asociación Psiquiátrica Peruana	62	25
Sociedad Peruana de Psiquiatría, Neurología y Neurocirugía	39	16
	101	41

Número real de psiquíatras afiliados: 110

Docencia e investigación

No hay ningún psiquíatra dedicado exclusivamente a estas actividades. Simplemente las tareas de enseñanza o investigación forman parte de sus labores en general. En el cuadro Nº 9 consignamos los datos obtenidos en el cuestionario en tres secciones: en la I se agrupan los psiquíatras según las labores de enseñanza que declararon ejercer; en la II el número de ellos en los principales campos de enseñanza; en la III la distribución según enseñen en uno o varios lugares. Es interesante destacar que sólo 89 de los 140 psiquíatras residentes en el Perú cumplen tareas docentes.

En cuanto a investigación el guarismo total es mucho menor, pues sólo 22 (15.7%) declararon dedicarse a ella.

CUADRO Nº 9

DOCENCIA

I

M	45
M+E	2
M+O	21
M+E+O	2
E	4
E+O	1
O	14
TOTAL: 63.6%	89

II

M	70
E	9
O	38

III

No	51
1	63
2	24
3	2
TOTAL:	140

(M) Facultad de Medicina - (E) Escuela de Enfermeras - (O) Otras instituciones.

INVESTIGACION

Si hacen	22	15.7%
No hacen	118	84.3%

DISCUSION

La encuestra realizada nos ofrece información en cuanto a las características de este grupo profesional, así como de la manera que los psiquiatras estamos realizando nuestras tareas en el país. Si bien solamente hemos incluido a los médicos —y ellos no constituyen únicamente el equipo de Salud Mental— hay que reconocer que en nuestra patria no existe formación de enfermeras psiquiátricas propiamente dichas, las asistentes sociales dedicadas a esta especialidad son contadas, recién comienzan a trabajar algunos psicólogos en los servicios asistenciales lo mismo que enfermeras de Salud Pública, y el resto del personal auxiliar carece en general de preparación especializada. Esta realidad explica las deficiencias en la organización asistencial y limita las posibilidades de un estudio más amplio, pero al mismo tiempo constituye un motivo de preocupación si pensamos en las necesidades futuras.

Al observar la información referente a la filiación del grupo estudiado, destacan algunos hechos. En primer lugar el número de psiquíatras actualmente en el país ha ido incrementándose en forma rápida en los últimos años. Si tomamos en cuenta las predicciones de José Sánchez García formuladas en su trabajo el año 1963, estamos en cifras que él preveía recién para 1981, y el número de psiquiatras que se encuentran trabajando fuera de la capital se ha triplicado.

Estos cambios al parecer favorables, resultan sin embargo insuficientes frente a las necesidades crecientes y si tenemos en cuenta que el número de psiquíatras peruanos en el extranjero se ha quintuplicado desde 1961, recién empezamos a vislumbrar la realidad en su verdadera dimensión.

Lo que estaría ocurriendo es que mientras por un lado se está favoreciendo la formación de especialistas con la existencia de residencias de post-grado, los jóvenes profesoinales no encuentran posibilidades de trabajo, por lo cual o emigran a lugares donde se les ofrece mejores situaciones profesionales y económicas, o engrosan las filas de quienes están dedicados al ejercicio privado restando posibilidades a la ejecución de planes a nivel nacional, sin considerar que su formación ha resultado una inversión improductiva para el Estado. Para corroborar lo que afirmamos, basta con revisar el Plan de Salud Mental elaborado por el Consejo de Salud Mental el año 1964 que ni siquiera se ha comenzado hasta la fecha. Asistimos pues a una situación paradógica, pues mientras nos lamentamos de no contar con el número suficiente de psiquíatras, no se está haciendo nada por aprovechar los recursos humanos existentes ni para estructurar planes a nivel nacional, creando nuevos centros de trabajo.

En cuanto a la edad y sexo el grupo está formado por médicos predominantemente jóvenes y la proporción de mujeres es muy similar a la que existe en las promociones médicas en general.

La tendencia de los médicos a dedicarse a la especialidad psiquiátrica la hemos estudiado agrupándolos por promociones. Hasta 1939 solamente hay 11 (habría que agregar alrededor de 5 ya fallecidos), mientras que a partir de 1940 se produce un aumento sustancial, y si comparamos la década 1940-49 con la 1950-59

las cifras totales respectivas son 26 y 72, o sea que prácticamente se triplica el número de especialistas. Probablemente en este fenómeno influyen varios factores, tales como la existencia de núcleos de aprendizaje alrededor de psiquíatras ya formados, el impacto de los psicofármacos que modificó el enfoque terapéutico y asistencial, la apertura de nuevos centros de trabajo, y otros que escapan a nuestro análisis.

Hemos encontrado que el 60.5% de los psiquiatras se han formado exclusivamente en el Perú. Si a este número agregamos el de quienes complementaron su adiestramiento en el extranjero (20.3%) resulta que el 80.5% son especialistas de formación principalmente nacional, situación que actualmente se estaría favoreciendo aún más con la existencia de las residencias de post-grado que mencionamos, (Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social).

La distribución de los psiquíatras en el territorio nacional sigue en cierto modo las características de la distribución de la población general a la vez que está influída por las disponibilidades asistenciales, al igual que ocurre con la distribución de los médicos en general.

Aquí conviene recordar lo que sostiene Sánchez García cuando se pregunta si sería racional construir centros psiquiátricos en diferentes lugares de la República sin antes estudiar las verdaderas necesidades y posibilidades de cada zona. La actual distribución, fuera de Lima, incluye los centros más importantes de población y con mayor desarrollo cultural (existencia de Facultades de Medicina), y sin embargo sabemos que en servicios psiquiátricos como los de Tarma (Junín) y Tacna, la demanda no justifica su existencia.

La concentración en la capital es explicable por los factores mencionados y porque fundamentalmente los únicos dos hospitales mentales se encuentran allí, así como todas las clínicas psiquiátricas privadas y la mayoría de plazas en hospitales generales y Unidades de Salud. No podemos pues criticar que los profesionales jóvenes, aun los oriundos de provincias, traten de establecerse en Lima, desde que no vislumbran buenas posibilidades en otros lugares.

En relación con la modalidad asistencial resulta evidente que predomina la hospitalaria y privada. Esto nuevamente está en relación con las disponibilidades asistenciales, a la vez que entra en juego el factor económico. Sabemos que los salarios de los médicos están por debajo de las expectativas mínimas para asegurar un ingreso que permita hacer frente a las necesidades básicas a fin de mantener un standard decoroso de vida. Ello mismo explica la diversificación obligada de las actividades, lo cual da como resultado que el médico esté permanentemente desplazándose de un lugar a otro, con la consiguiente merma de su rendimiento en cada lugar. Este hecho que ya fuera observado por W. Stein, que realizó un estudio en el Hospital "Víctor Larco Herrera", debe ser tomado muy en cuenta para evaluar el rendimiento de las instituciones asistenciales.

Al mismo tiempo constituye un hecho de observación la forma individual en que el trabajo psiquiátrico se realiza, pues cada médico trabaja en forma aislada, muchas veces ignorando lo que hacen sus colegas, la labor de equipo resulta

prácticamente imposible y la comunicación entre los grupos casi no existe, todo lo cual dificulta los planes a nivel local y menos aún nacional.

La existencia de 12 psiquíatras dedicados exclusivamente a la práctica privada, señala otra realidad que evidentemente disminuye los recursos humanos para la planificación asistencial a nivel nacional.

La franca predominancia (86%) del ejercicio de la Psiquiatría General debe ser motivo de reflexión, pues campos como el de la Psiquiatría infantil, la Psiquiatría forense y la administración tienen muy pocos cultores exclusivos. Cabe preguntarse qué ocurriría si de pronto se crearan plazas para estas subespecialidades. ¿Quiénes podrían asumir estas responsabilidades para garantizar calidad en la atención? Sin embargo también es evidente que un número no despreciable de psiquiatras declararon incursionar en varias ramas de la especialidad simultáneamente.

La psicoterapia resulta tener en la encuentra 41 cultores, siendo útil preguntarse si los criterios para formular esta declaración son unívocos, pues al mismo tiempo sólo encontramos 9 psiquíatras que informan dedicarse a esta actividad en forma exclusiva.

Si tenemos en cuenta que de acuerdo con la Resolución Suprema Nº 263 DGS del 21 de octubre de 1965, uno de los requisitos para ser considerado psiquíatra es "pertenecer a una sociedad científica de Psiquiatría", llama la atención que 62 de los médicos encuestados no estén afiliados a ninguna de las existentes. Pero debemos tener presente que en esta cifra se incluyen los que en el momento de realizarse el presente estudio se encontraban en los programas de Residencia (18) y los restantes que son médicos que practicaban la especialidad antes de la dación de la mencionada Resolución.

Finalmente podemos afirmar que tanto la docencia como la investigación resultan únicamente actividades que el psiquíatra realiza dentro de las diversas que hemos estudiado y en forma similar. No hay ninguno que las cultive en forma exclusiva, por lo que esta realidad debe ser enfocada con gran interés para evaluar la calidad de la enseñanza universitaria actual y las posibilidad en el futuro al elaborar los planes y programas.

CONCLUSIONES

1) En la actualidad ejercen la especialidad psiquiátrica 140 médicos en el Perú, de los cuales 5 son extranjeros. Hay además 32 especialistas en el exterior, de los cuales 21 están radicados definitivamente.

2) El 91.3% son varones y el 8.7% son mujeres.

3) Es un grupo de profesionales jóvenes, pues el 62.2% corresponden a una edad entre 21 y 40 años.

4) El 60.5% ha adquirido experiencia o se ha adiestrado en el país exclusivamente; el 20.3% ha complementado su adiestramiento en el extranjero y sólo el 19.2% ha estudiado la especialidad exclusivamente en el exterior.

5) La distribución en el territorio nacional señala que el 87% se encuentra

en la capital y el 13% se reparte en 6 de los 22 Departamentos restantes.

6) Al analizar la modalidad asistencial se observa predominio de los que trabajan en hospitales o dedicados a la práctica privada, siendo mayor la proporción de quienes realizan más de una actividad.

7) Dentro del campo de la especialidad, la actividad más frecuentemente ejercida es la Psiquiatría General. En cambio la Psiquiatría infantil, la Psiquiatría forense, la Higiene mental y la Administración tienen muy pocos cultores. Si bien el 29% declaran practicar psicoterapia, no puede afirmarse que los criterios para tal afirmación sean unívocos.

8) El 63.6% participa en la docencia en diversas instituciones y sólo el 15% declara realizar investigación, pero en ningún caso a dedicación exclusiva.

BIBLIOGRAFIA

Bambarén V., C.: Prontuario Psiquiátrico Peruano, Ediciones Servicio de Información Psiquiátrica, Lima, 1967 (mimeo).

Caravedo, B. y Sánchez García, J.: Estado actual de la asistencia psiquiátrica en el Perú, Informe al III Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Lima, 1964 (mimeo).

Jerí, R.: La Calificación del especialista en Psiquiatría. Rev. Neuropsiq. *12*: 677-688, 1959.

Jerí, R.: Trabajo médico en relación con la especialidad psiquiátrica. Rev. Psiq. Peruana, *3*: 127-132, 1960.

Saavedra, A.: El movimiento psiquiátrico en el Perú. Acta Neuropsiq. Argentina, *6*: 423-431, 1960.

Sánchez García, J.: Recursos humanos para la asistencia psiquiátrica en el Perú. Rev. San Polic., *23:* Nº 5, 1963.

Stein, W.: Un estudio de actitudes interpersonales en un hospital mental. Lima, 1958 (mimeo).

EVALUACION OBJETIVA DE PACIENTES PSICOTICOS CRONICOS SOMETIDOS AL CONDICIONAMIENTO OPERANTE

Por WALTER SHEEN CUBA* y AMELIA ARESTEGUI ARMAS**

Existe en todo hospital psiquiátrico, un grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos, desorganizados, que plantean el problema de buscar un método efectivo para su reintegración social. Los tratamientos farmacológicos y físicos tienen sus limitaciones, ya que actúan modificando los síntomas, mas no la desorganización (8). La estancia prolongada de estos pacientes, tiene efectos negativos, siendo difícil precisar, si muchos de los hábitos inadecuados que presentan, son dependientes de la enfermedad o del ambiente. La alimentación, el aseo personal, el interés en la terapia ocupacional, así como las relaciones con el Staff y otros pacientes, son aspectos que permiten una opinión sobre la mejoría o deterioro.

Huston y Shakow han demostrado que este deterioro no compromete la capacidad de aprender (10) y Cohen sostiene que un aumento en la motivación favorece el aprendizaje (7), jugando un rol importante las relaciones interpersonales. Desde Simon, la Terapia Ocupacional usando la técnica de la recompensa ha adquirido creciente interés en la rehabilitación de los pacientes (17) y se insiste en la actualidad que la responsabilidad del médico concluye cuando el paciente se integra a su comunidad (6, 11).

La aplicación de conceptos de la teoría del aprendizaje en la rehabilitación, en especial la teoría de Skinner (9, 15, 16) ofrece la posibilidad de aplicarse en esquizofrénicos crónicos usando reforzamientos generalizados, fichas que se cambian por alimento, dinero, o privilegios, siguiendo un plan determinado y en el momento oportuno, permitiendo mejoras en algunas de las esferas del comportamiento. Lo distintivo de este entrenamiento es el énfasis en lo individual y el respeto de la libre iniciativa; sin embargo, su aplicación plantea el problema de la elección del reforzamiento indicado tanto en neuróticos como en psicóticos.

El presente trabajo, muestra los resultados preliminares de la evaluación objetiva de ocho pacientes, sometidos a un programa de rehabilitación con la técnica del condicionamiento operante en uno de los pabellones del Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán".

* Médico residente del Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán".

** Psicólogo del Centro de Salud Mental "Hermilio Valdizán".

MATERIAL Y METODO

Criterios de selección de los pacientes

Se ha realizado la selección de 8 pacientes, siete esquizofrénicos crónicos, de larga evolución y hospitalización así como un paciente con síndrome orgánico cerebral asociado a déficit intelectual profundo; dichos pacientes se encontraban muy desorganizados, requerían una atención especial, estaban "institucionalizados" y en su mayoría no recibían visitas de sus familiares. Se ubicó a estos pacientes en un pabellón donde podían ser observados. Previamente se realizaron cuatro sesiones con el personal estable y adicional (alumnas de enfermería del Hospital Obrero), con el fin de darles adiestramiento en la técnica a emplear. Se dejó dos días para realizar observaciones de enfermería, verificar hábitos, preferencias y que se pudiera establecer una buena relación interpersonal. La observación del comportamiento mediante escalas fue realizada por el psicólogo.

Al comienzo del entrenamiento los pacientes presentaban: retraimiento marcado, negativismo, agresividad, destruían su vestido, dificultad para comer, vestirse y asearse, deambulación, incontinencia urinaria (en un caso), movimientos incoordinados de brazos y cabeza, un pronóstico malo en la escala de Vaillant (18) y un puntaje promedio de once en la escala de Fergus Falls. (Cuadro Nº 1).

Método aplicado

Provistos de fichas y una alcancía de madera, empezamos el entrenamiento durante tres horas diarias: en el desayuno, almuerzo y comida. En cada comida eran invitados a formar en hilera. En el primer día se situaron dos enfermeras a la entrada del comedor, la primera con fichas y la segunda con la alcancía. La enfermera dadora de dichas colocaba una de éstas en la mano de cada paciente y la enfermera recibidora le llevaba la mano hacia la alcancía donde era depositada, ingresaba al comedor en donde encontraba sus alimentos servidos en la mejor forma, pudiendo escoger cualquier charola. Durante las comidas las enfermeras trataban de que los pacientes tomaran sus alimentos correctamente. Este entrenamiento fue realizado en las tres comidas, las dos primeras con ayuda del personal adicional y la tercera con el estable.

Posteriormente la enfermera dadora de dichas fue alejándose más de la puerta del comedor y acercándose al baño, donde en forma progresiva aprendieron a lavarse antes de recibir su ficha. Después de este entrenamiento, por las mañanas realizaban labores de Terapia Ocupacional (cartonería) con participación del personal adicional, y por las tardes actividades recreativas a cargo del personal estable. A los siete días al término de cada actividad recibían una ficha, y al introducirla en la alcancía obtenían un cigarrillo; luego, a mayor rendimiento, mayor número de fichas y por lo tanto más cigarros. En la misma época se comenzó con la técnica de remotivación introduciéndose el sistema de fichas ya descrito a partir de la segunda evaluación. Cada alumna del personal adicional tuvo a su

CUADRO Nº 1

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES SELECCIONADOS

PACIENTE	EDAD	LUGAR DE PROCEDENCIA	GRADO DE INSTRUCCION	FECHA DE ULTIMO INGRESO	TIEMPO APROXIM. DE ENFERMEDAD	MOTIVO DE INGRESO	DIAGNOSTICO CLINICO	PRONOSTICO E. de VAILLANT	RECIBE VISITAS
1 - C.R.P.	18 años	Lima	Primaria incompleta	4—IV—1966 =1.6 años	10 años	Deambulación Agresividad	Esquizofrenia Infantil	Negativo	Cada 15 días
2 - M.Q.	29 años	Lima	Instrucción superior	19—XII—1962 =4.11 años	5 años	Retraimiento Negativismo	Esquizofrenia Paranoide	Negativo	No
3 - J.G.	37 años	Ica	Instrucción superior	29—XI—1961 =6.1 años	15 años	Inver. afect. Conducta Extravagante	Esquizofrenia Catatónica	Negativo	No
4 - P.M.	27 años	Piura	Instrucción primaria	1—III—1967 =0.7 años	2 años	Retraimiento Deambulación	Esquizofrenia Catatónica	Negativo	No
5 - C.P.	25 años	Lima	Instrucción secundaria	8—III—1963 =4.4 años	5 años	Agitación Psicomotriz	Esquizofrenia Hebefrénica	Negativo	No
6 - L.A.	27 años	Lima	Instrucción primaria	16—VII—1962 =5.3 años	11 años	Agresivo Destructor	Esquizofrenia Catatónica	Negativo	No
7 - C.S.	27 años	Tarapoto	Primaria incompleta	4—III—1963 =4.8 años	?	Deambulación Agresivo	Esquizofrenia Catatónica	?	No
8 - E.S.	26 años	Lima	Analfabeto	18—II—1966 =2.9 años	26 años	Inquietud Agresividad	S.O.C. Asocia. Defic. Mental	—	No

cargo un paciente durante el entrenamiento. En la última semana, se retiraron del hospital, quedando la labor a cargo del personal estable. Durante todo este tiempo se cuidó de no variar el tratamiento farmacológico.

Los pacientes fueron evaluados cada siete días con la escala de Fergus Falls en un período de 35 días; y con la escala del progreso en remotivación, con la misma frecuencia y en veintiocho días.

La escala de Fergus Falls ha sido usada porque nos proporciona una pauta objetiva del comportamiento, es de aplicación sencilla, no necesita estudios psicométricos complicados y permite acomodarse a los métodos habituales de experimentación. Explora once variables del comportamiento, desde la actitud al trabajo, hábitos de comida, aseo, hasta las relaciones interpersonales. El puntaje mínimo es 11 y el máximo 55, que corresponde al normal.

La escala de remotivación comprende: interés en el tema, conciencia, participación, comprensión, conocimiento, lectura y comunicación. El puntaje varía de cero a tres o cuatro en cada variable y el puntaje máximo corresponde a treintaidós.

RESULTADOS

Evolución clínica

Se apreció que los pacientes esquizofrénicos aprendieron rápidamente a coger su ficha y a depositarla en la alcancía pudiendo a los tres días hacerlo solos y correctamente. El paciente deficitario realizaba esta tarea torpemente. El aprendizaje de lavarse las manos se adquirió al sexto día, notándose menos necesaria la ayuda del personal con los pacientes esquizofrénicos, en cambio requirió de más ayuda el paciente deficitario. A partir de la segunda semana apreciamos un progreso marcado en la alimentación, ensuciaban menos la mesa y sólo en dos casos persistió un apetito exagerado. Al término de la comida aprendieron a llevar su charola a la despensa.

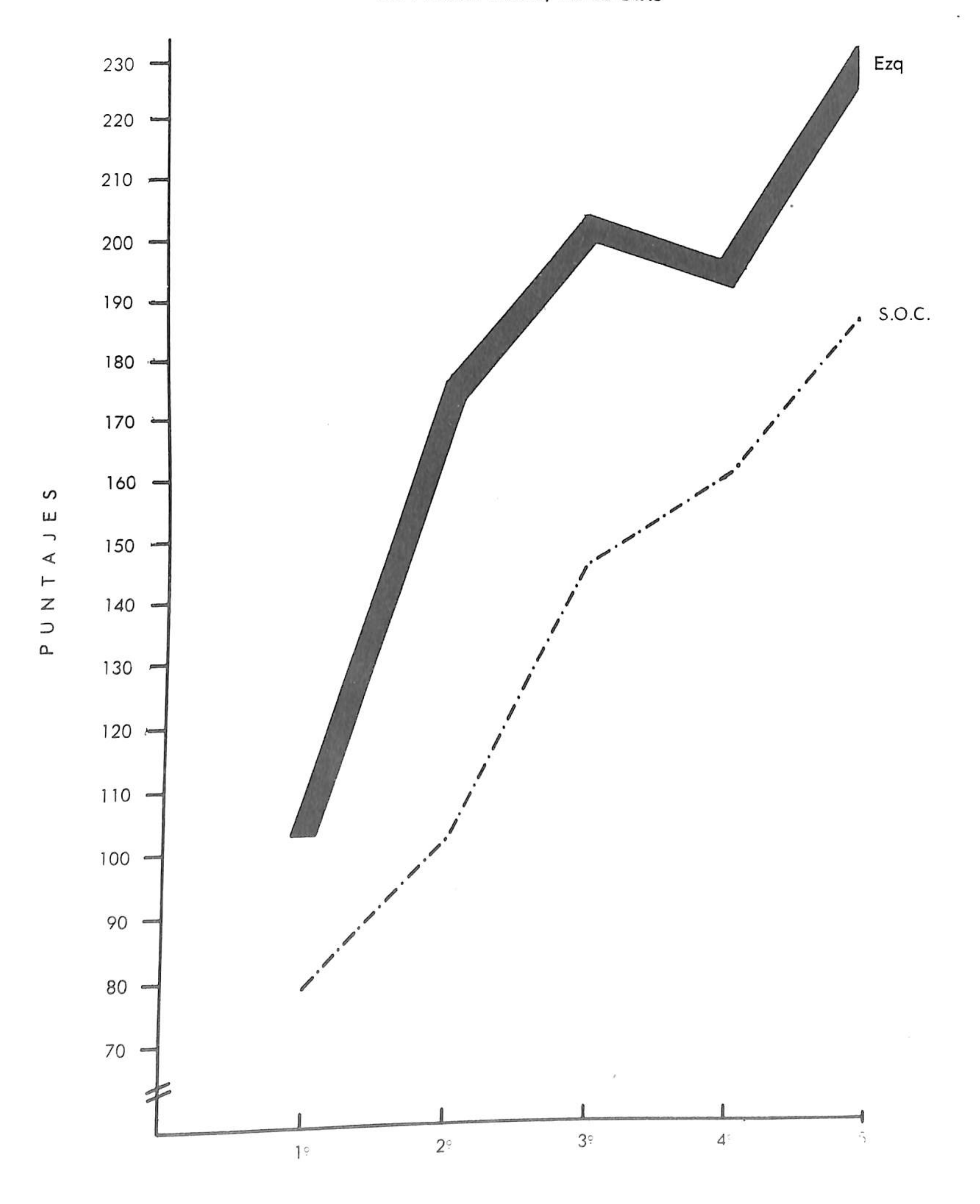
En cuanto a la terapia ocupacional, durante la primera semana el rendimiento fue pobre, pero a partir de la segunda en que se utilizó el sistema de fichas aumentó considerablemente. En igual forma sucedió con la participación en actividades recreativas que facilitó una mejor comunicación, en especial el juego de ping-pong, bingo y ejercicios físicos. El paciente deficitario como en las demás actividades evidenció progresos pero mucho más moderados; la incontinencia urinaria en la tercera semana desapareció; y aprendió a vestirse aunque torpemente y sus gestos eran más expresivos.

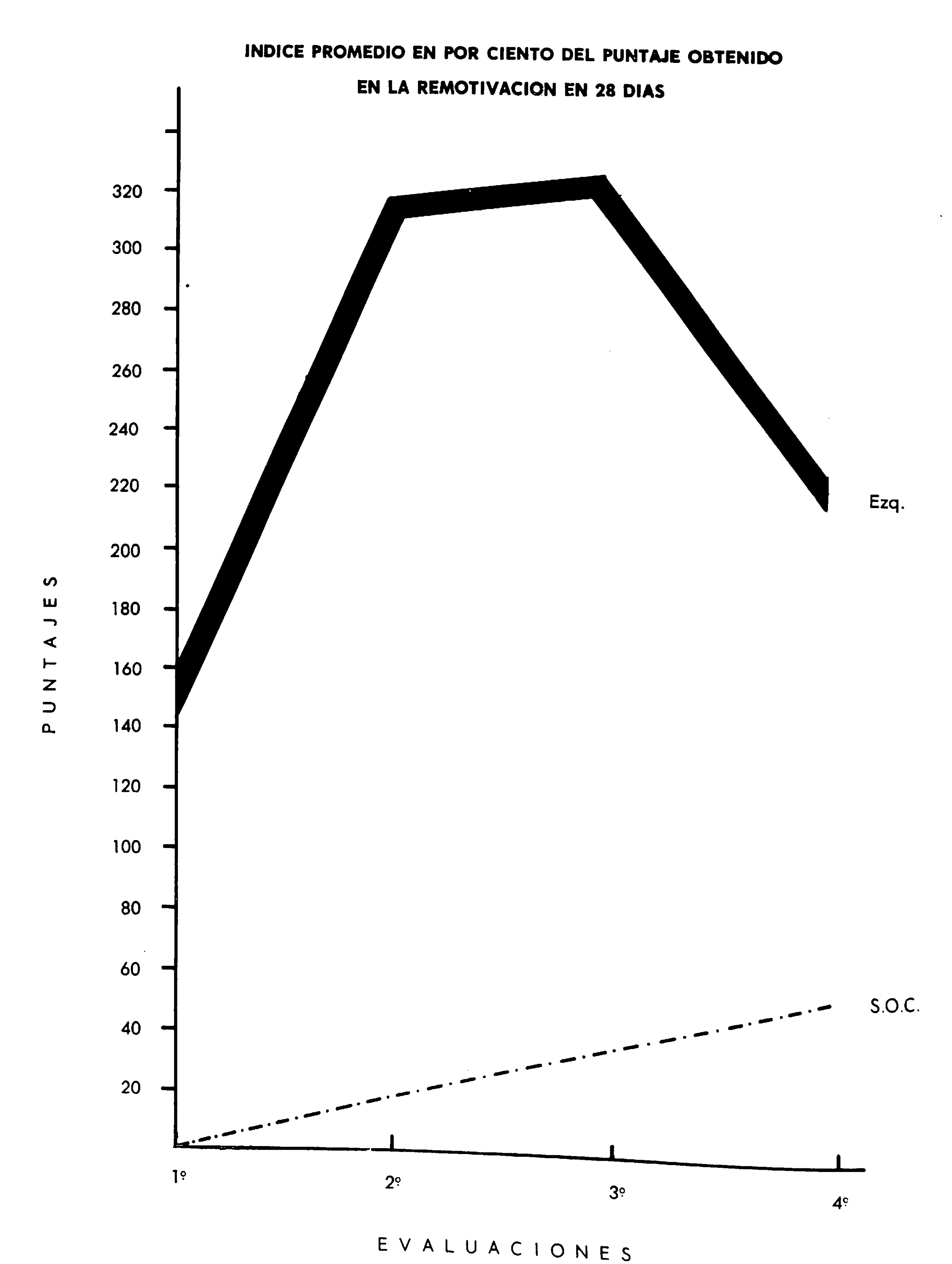
Escala de Fergus Falls

Los puntajes logrados con la escala de Fergus Falls en las cinco evaluaciones durante 35 días de cada uno de los siete pacientes esquizofrénicos crónicos señalaron un incremento más acelerado durante las primeras semanas; para luego

GRAFICO Nº 1

INDICE PROMEDIO EN POR CIENTO DE LA ESCALA
DE FERGUS FALLS, EN 35 DIAS




GRAFICO Nº 2
INDICE PROMEDIO EN POR CIENTO DEL PUNTAJE OBTENIDO
EN LA REMOTIVACION EN 28 DIAS
320
300
280
260
240
220
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
PUNTAJES
Ezq.
S.O.C.
1º
2º
3º
4º
EVALUACIONES

seguir en dirección horizontal o descendente a partir de la tercera semana y nuevamente incrementarse durante la cuarta semana. El descenso, en la tercera semana no fue tan marcado en todos los pacientes y los valores se mantuvieron por encima del puntaje inicial. Es importante señalar la relación entre el descenso de la curva en la cuarta evaluación y la ausencia de personal adicional; así como la recuperación de ésta cuando el personal estable suple dicha función. La curva correspondiente al síndrome orgánico cerebral asociado a déficit mental presentó un incremento progresivo y ascendente sin sufrir descenso.

Un análisis de las variables de la escala a través de los puntajes sucesivos, en los pacientes esquizofrénicos, muestra una marcada tendencia al incremento en relación con: aseo personal, comportamiento en las comidas, actitud hacia el trabajo y actividad psicomotriz. Las esferas de menor incremento corresponden a las relaciones con el personal médico y demás hospitalizados, a la actitud ante el tratamiento y al interés por el vestido. En el paciente con síndrome orgánico cerebral asociado a déficit, el incremento es mayor en el comportamiento en las comidas, en las relaciones con el Staff y demás hospitalizados y en la actitud hacia el trabajo, siendo menor en las esferas del lenguaje y el interés por el vestido.

Se puede apreciar en el gráfico Nº 1 la tendencia de la curva correspondiente a los pacientes esquizofrénicos, que confirma el análisis anterior. La curva correspondiente al síndrome orgánico cerebral asociado a déficit mantiene sus características.

Escala de Remotivación

En las cuatro evaluaciones de remotivación se apreció un notable incremento entre la primera y segunda y luego una tendencia estacionaria hasta la tercera para luego descender en la cuarta evaluación, coincidiendo con la salida del personal adicional. La curva correspondiente al síndrome orgánico cerebral asociado a déficit mostró una discreta tendencia ascendente.

En el gráfico Nº 2 podemos apreciar con mayor claridad la tendencia de la curva que muestra lo descrito anteriormente. Es importante señalar que los valores de la cuarta evaluación son mayores que los de inicio. En cuanto al paciente deficitario no hay variación con respecto a la curva anterior.

COMENTARIOS

De los resultados obtenidos podemos comentar que el condicionamiento operante aplicado a nuestros pacientes ha facilitado, mediante el aprendizaje de algunos hábitos, un mejor manejo al personal de enfermería y sirve de punto de partida para un programa de rehabilitación que cubra otras esferas del comportamiento. Si consideramos la calidad de la muestra y nuestros resultados, creemos haber alcanzado un éxito relativo y que con pacientes en mejores condiciones se podría obtener logros más halagadores.

En la actualidad los pacientes comen correctamente y llevan su charola a la repostería, se visten, ha disminuído la incontinencia, hay un mayor rendimiento en la Terapia Ocupacional así como en actividades recreativas, la comunicación es mayor y hay relación directa entre la esfera reforzada y el hábito aprendido; así mismo, el retiro del personal adicional afectó en mayor grado la esfera de las relaciones interpersonales, mas no los hábitos adquiridos, coincidiendo estos resultados con los señalados por otros autores.

Es importante destacar el rol que juega el personal de enfermería en este tipo de entrenamiento, como lo señala Ayllón (2) y se aprecia en nuestros resultados, siendo necesario que éste sea estable, con actitud rehabilitadora, evitando la custodial. En cuanto a la elección del tipo de reforzamiento hemos usado el alimento por su influencia en el paciente como lo describen otros autores y el cigarro por ser un hábito muy arraigado en nuestro hospital.

Creemos que una conducta adaptativa social puede ser lograda si se cuenta con un ambiente adecuado y reforzamiento apropiado. Necesitamos un entrenamiento más prolongado con reforzamientos en otras esferas, mayores recursos ambientales, personal estable y entrenado, para tener una opinión final sobre la aplicación de esta técnica en hospitales de condiciones similares al nuestro que tienen pacientes esquizofrénicos crónicos.

BIBLIOGRAFIA

1. AGRAS S. "Behavior therapy in the management of Chronic Schizophrenia" The Amer. J. of Psichiat. 124, 2:240-43; Aug. 1967.
2. AYLLON T. and MICHAEL J., "The Psichiatric nurse as a behavioral engineer" J. Exp. Anal. Behav. 2:323-34; 1959.
3. —, HAUGHTON E. "Control of the behavioral of Schizophrenic patients by food" J. Exp. Anal. Behav. 5:343-52; 1962.
4. BACHRACH A. J. "Operant conditionning and behavior: Some clinical aplications" The Psichological basis of Medical Practice. Ed. Harper, 1963. New York.
5. BACHRACH A. J. "Some aplication of Operant Conditioning Therapies". The Conditionning Therapies. Wolpe J., Salter A., Reyna L. Lib. Congress May. 1965, page 62-75.
6. BROOKS G. W.; Deane W. "Research in Rehabilitation". Rehabilit. Literat., Nac. Soc. for Crippled Children and Adults. XXII, 6:166-71; 1961.
7. COHEN B. D. "Motivation and performance in Schizophrenia" J. Abnorm. Soc. Psicol. 52:186-90; 1956.
8. FREEMAN T., CAMERON J., McGHIE A., "Chronic Schizophrenia" Int. Univ. Press. New York, 1958, page 104-39.
9. HILGARD E. R. "Teorías del Aprendizaje". Fondo de Cultura Económica. Pág. 99-140, 1961.

10. HUSTOW and SHAKOW "Studies of motor function in Schizophrenia: Steadiness" J. Genet. Psichol. 34: 119-26; 1946.

11. JONES M. "The Concept of a Therapeutic Comunity" Amer. J. Of Psichiat. 112:647-50; 1956.

12. MAY A. R. "An attempt to Counter "Institutionalitation" in Chronic Schizophrenic patients". The Lancet pág. 1294-95; Jun. 22, 1957.

13. MEYER V. and CRIPS A. H. "Some problems in behavior Therapy" Brit. J. Psichiat. 112, 485: 367-381; April 1961.

14. METZ J. R. "The Conditioning Therapy self and Social Skill emotionally disturbed Childrens" The Quater. Of Camarillo 2, 4: 3-11; Nov. 1966.

15. SKINNER B. F. "Science and Human Behavior" Free Press Paper Back, 1965.

16. — "A new method for the experimental analysis of the behavior of Psichotic patiens" J. New Ment. Dis. 120: 403-4; 1954.

17. SIMON H. "Tratamiento Ocupacional en los Enfermos Mentales". Ed. Salvat 17-68; 1937.

18. STHEPHENS J. H., M. D.; Astrup M. D., and Mangrum J. "Prognostic Factors in recovered and deteriorated Schizophrenics". Amer. J. of Psichiat. 122, 10: 1116-1121; 1966.

Noticias

EL INSTITUTO DE PSIQUIATRIA SOCIAL

Coincidiendo con la celebración de la XX Reunión Anual de la Federación Mundial para la Salud Mental, fue inaugurado el Instituto de Psiquiatría Social de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuya dirección ha sido encargada al doctor Carlos Alberto Seguín, contando con un equipo de entusiastas colaboradores.

El Instituto es un centro de investigación que se dedicará al estudio de los diferentes grupos culturales del país para lograr un enfoque integral y multidisciplinario del individuo y de la colectividad y de esta manera sugerir los mejores medios para favorecer, dentro de un marco humanista, el desenvolvimiento socio-económico de nuestra patria y las medidas de prevención y tratamiento de los procesos psicopatológicos en nuestro medio.

Cuatro aspectos fundamentales serán enfocados en las investigaciones que se lleven a cabo:

I. Estudio de las características de los diferentes grupos humanos del Perú.
II. Psiquiatría folklórica.
III. Psiquiatría de la comunidad.
IV. Investigaciones transculturales.

Para cumplir estos objetivos, el Instituto procurará la formación de equipos de investigación en nuestro país, así como favorecerá el intercambio de profesores y alumnos de otross centros de investigación en el extranjero, a través de becas, para estudios en el exterior, adiestramiento de post-grado en diferentes campos de las Ciencias vSociales y brindando oportunidades para que profesionales y estudiantes extranjeros realicen investigaciones en nuestro medio.

El doctor Carlos Alberto Seguín, nos manifestó que el Instituto está en condiciones de asesorar y financiar cualquier proyecto de investigación que sea presentado por profesionales o estudiantes, incluyendo tesis de grado, cuya publicación puede ser auspiciada.

Las solicitudes, así como cualquier tipo de consulta, deben ser dirigidas a:

Secretario Ejecutivo
Instituto de Psiquiatría Social
Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Las Orquídeas Nº 451
SAN ISIDRO
Lima, Perú.

SEMINARIO SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA Y LA SALUD MENTAL EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA

El Seminario sobre la Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental en las Escuelas de Medicina fue organizado por la Oficina Sanitaria Panamericana con la colaboración del Gobierno del Perú y se celebró en Lima del 4 al 8 de diciembre de 1967. Concurrieron al certamen 44 participantes y 11 observadores. De los primeros, cinco procedían de la Argentina, uno de Bolivia, cuatro de Brasil, tres de Colombia, dos de Costa Rica, dos de Cuba, dos de Chile, uno de Ecuador, tres de los Estados Unidos de América, uno de Guatemala, uno de Haití, uno de Jamaica, uno de México, dos de Nicaragua, dos de Panamá, nueve del Perú, uno de la República Dominicana, dos del Uruguay y uno de Venezuela. De los observadores, uno procedía de Bolivia, tres de Canadá, uno de Chile, uno de España, dos de los Estados Unidos de América, dos del Perú y uno de Venezuela. Integraron la Secretaría seis profesionales funcionarios de la OPS y de la OMS.

El Seminario tuvo como propósitos fundamentales hacer una revisión a nivel continental del estado actual de la enseñanza de la psiquiatría y la salud mental en las Escuelas de Medicina de América Latina, analizar los recursos disponibles a ese efecto y las limitaciones observadas, y lograr un intercambio de experiencias entre esas instituciones docentes. Asimismo, se trató, mediante un cuerpo sistemático de recomendaciones, de formular los procedimientos más factibles para lograr las condiciones más favorables a la enseñanza de esas disciplinas.

En el curso de las deliberaciones se discutieron cuatro temas principales: I. Delimitación y objetivos de la enseñanza de la psiquiatría; II. Metodología y técnicas de enseñanza y evaluación; III. Contenido programático y ubicación en el plan de estudios, y IV. Salud mental de los estudiantes.

Se celebraron una sesión preparatoria, una sesión inaugural, seis sesiones plenarias y una sesión de clausura.

En la sesión preparatoria se eligió la Junta Directiva, la cual quedó integrada por los profesores Carlos Alberto Seguín, del Perú, Presidente, José Leme Lópes, del Brasil, Vicepresidente, y Humberto Rosselli, de Colombia, Relator General.

Los participantes se dividieron en tres grupos, que celebraron ocho sesiones de trabajo para discutir los temas de la reunión, los cuales se presentaron diariamente en las sesiones plenarias. Cada grupo eligió un Relator permanente y, para cada día, un Presidente.

Reproducido de: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 64: 256 - 261, 1968

En la sesión inaugural el Dr. Alfredo Arreaza Guzmán, Subdirector de la OSP, dio la bienvenida a los participantes y observadores y hablando en nombre del Director de la OSP, Dr. Abraham Horwitz, reafirmó el concepto de salud enunciado por la Organización en su declaración de principios, que considera al hombre como un todo armonioso en cuanto a los factores psicológicos, físicos y sociales que lo conforman, y reiteró la posición de la psiquiatría y las ciencias de la conducta con las otras disciplinas médicas. Asimismo, hizo hincapié en los objetivos del seminario, haciendo notar que trataría de la enseñanza a nivel del pregrado y que la OPS tiene interés primordial de promover la formación de un médico integral.

La presentación de los temas estuvo a cargo de tres Consultores de la OPS, quienes habían recibido previamente la opinión de destacados profesores del Continente.

Las presentaciones fueron examinadas por los grupos de trabajo, de cuyas deliberaciones surgieron las conclusiones y recomendaciones que se incluyen a continuación:

TEMA I: DELIMITACION Y OBJETIVOS DE LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA Y LA SALUD MENTAL EN LAS ESCUELAS DE MEDICINA

En el informe conjunto se señaló que el problema de la salud mental de un país o región debe abordarse mediante un programa integral que comprenda la asistencia de los enfermos actuales y potenciales, la formación de personal y la investigación científica. De los tres aspectos básicos señalados, el de la formación de personal, es decir, la enseñanza en salud mental impartida a los estudiantes de medicina, no puede aislarse, por un lado, de las necesidades de servicios locales, y por otro, de los avances de la investigación en general y de la aplicada al proceso docente en especial.

Los objetivos de dicha enseñanza se vinculan así estrechamente con los de la asistencia médica, la prevención de la enfermedad y la investigación científica. Se concluyó que la psiquiatría ya no es sólo una especialidad del ciclo clínico que se ocupa de las enfermedades mentales y de su tratamiento. Actualmente, unida a las ciencias psicológicas, sociales y antropológicas, constituye una materia básica del plan de estudios de medicina.

Más allá de las diferencias de escuela, los participantes coincidieron en que la enseñanza de la psiquiatría y ciencias afines debe dirigirse, fundamentalmente, a la formación del médico integral encaminada a la consecución de los siguientes objetivos:

1. Proporcionar al estudiante la información técnica y humanística que le permita observar, valorar y otorgar la debida significación a los factores somáticos, psicológicos y sociales que intervienen tanto en la salud como en la enfermedad del ser humano.

2. Satisfacer las necesidades de las realidades nacionales, conocidas merced a investigaciones sistemáticas que las definan en forma objetiva.

3. Mantener en el estudiante la actitud emocional abierta con la que generalmente comienza su carrera y que lo vincula cálidamente al paciente, la que suele distorsionarse en el curso de los estudios situándolo en una posición cada vez más tecnológica y distante, desde el punto de vista humano.

4. Adiestrar al estudiante con respecto al diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud mental de mayor prevalencia en su comunidad y capacitarlo para reconocer los desórdenes mentales graves que debe referir al especialista.

5. Proporcionar al estudiante los elementos básicos para el diagnóstico y asistencia de las emergencias psiquiátricas, así como para tratar de un modo adecuado a la familia, y aprender a identificar elementos ambientales que, a través de su interacción con la comunidad, influyan en el comportamiento, lográndose así la formación de una actitud ecológica.

6. Ayudar al estudiante, como persona, a convertirse en un instrumento terapéutico, uniendo el enfoque objetivo a la actitud empática.

7. Favorecer en el alumno el conocimiento de sus propias dimensiones culturales y psicológicas para que sea capaz de comprender y evaluar los valores socioculturales de la comunidad que va a servir.

8. Capacitar al estudiante para actuar en la comunidad como un agente de cambio, en la esfera de la salud pública, en lo referente a la prevención de la enfermedad y al fomento de la salud mental.

A los efectos de lograr estos objetivos, se consideró que las siguientes condiciones resultan indispensables:

1. Organización de un departamento de psiquiatría y ciencias afines, de la veniente mantener por ahora la denominación tradicional. Por otra parte, se señaló la indiferencia o la resistencia de algunas escuelas a la creación de dicho departamento, así como los obstáculos que representan la carencia de personal adiestrado, la insuficiencia de tiempo para la enseñanza y la cantidad y calidad de las instalaciones disponibles.
misma jerarquía que los demás departamentos de la facultad o escuela de medicina, al cual se integran otros trabajadores de las ciencias de la conducta: psicólogos, sociólogos, antropólogos y otros. Algunos participantes sugirieron otras denominaciones, como por ejemplo, departamento de ciencias psicológicas, de psicología médica, de psiquiatría y ciencias de la conducta. Otros consideraron con-

2. Extensión de la actividad docente del departamento a partir del primer año de la carrera, integrándola con la de los otros departamentos de la escuela de medicina y asumiendo que debe desarrollarse en los aspectos informativo y formativo.

3. Intervención del departamento en la selección de los postulantes a estudios médicos y participación en la dirección administrativa y docente al más alto nivel, dentro de la facultad de medicina.

4. Vinculación de la mayor parte de las actividades del departamento con los hospitales generales, promoviendo en ellos la creación de servicios psiquiátri-

cos cuando éstos no existan. Aparte de otras ventajas, ello facilita las actividades interdepartamentales y una mejor comunicación con la población.

5. Vinculación, asimismo, con otras instituciones comunitarias como escuelas, centros de salud, etc., y con los hogares, a los efectos de la actividad docente.

TEMA II: METODOLOGIA Y TECNICAS DE ENSEÑANZA Y EVALUACION

Hubo acuerdo en que la metodología de la enseñanza debe guardar relación con los objetivos de ésta y con los recursos disponibles para impartirla.

Asimismo, se coincidió en que los alumnos, desde el comienzo de los estudios universitarios, deberán tomar conciencia de su interrelación con el hombre normal, la familia y la comunidad, y mantener, en forma gradual, progresiva y con la supervisión adecuada, esa relación con el paciente. El proceso permitirá y facilitará al estudiante el desarrollo de su curiosidad y le abrirá posibilidades de hallar respuesta a las cuestiones que se plantee.

Se señaló la necesidad de que la facultad participe activamente en la organización y el funcionamiento de los servicios hospitalarios, centros de salud y otras agencias comunitarias en los cuales el estudiante ha de iniciar y mantener la relación con el hombre, la familia y la comunidad. Conviene utilizar sólo aquellas instituciones que puedan garantizar un ambiente científico y humano. Serían preferibles los servicios de pediatría, medicina preventiva, obstetricia y los centros de salud.

Para que ese contacto sea fructífero, debe elaborarse un plan general de acción que incluya programas definidos y planes de estudios trazados con ponderación para que la práctica esté de acuerdo con la teoría. El objeto ha de ser informar al estudiante, mantener su interés, estimular sus habilidades, juicio crítico y maduración emocional, así como facilitarle la apreciación de la dinámica de la interacción humana, particularmente la relación médico-paciente, y la utilización de las técnicas de entrevista.

La proporción de docentes a estudiantes no debe ser nunca menor de un docente de tiempo completo por cada veinte estudiantes en cualquier año de la carrera. Debe hacerse énfasis en que esta cifra representa un mínimo y, en ningún caso, la proporción óptima para la enseñanza de la psiquiatría y ciencias afines a nivel de pregrado. En este cálculo, el número de docentes puede incluir psicólogos clínicos y otros profesionales pero no se debe computar el tiempo de los residentes, quienes, sin embargo, pueden desempeñar funciones docentes.

Se destacó la necesidad de utilizar todo el personal disponible de acuerdo con su nivel de experiencia y con las diferentes funciones que sea capaz de desempeñar en el equipo (residentes de diferentes niveles, personal paramédico, etc.). Un esfuerzo en este sentido sería de particular importancia cuando se trabaja con cursos muy numerosos.

Siendo el ser humano el núcleo de convergencia de diversos aspectos del conocimiento, debe lograrse la formación de un equipo interdisciplinario, en el

cual, merced a una adecuada comunicación, los profesores se motiven para aceptar planteamientos humanísticos. Asimismo, se sugirió desarrollar en torno a la persona, la familia y la comunidad, la interacción del estudiante de medicina con estudiantes de aquellas disciplinas que posteriormente constituirán el equipo de salud. La labor interdisciplinaria puede facilitarse mediante la sectorización de la población en áreas, para el ejercicio de la medicina integral.

Por otra parte, se hace necesario establecer un sistema de delegación de la función docente en niveles sucesivos que van desde el profesor principal hasta el residente de primer año.

Conviene evitar las consecuencias que puede tener para los alumnos el choque entre diversas posiciones doctrinarias de profesores de psiquiatra pertenecientes a una misma escuela de medicina. No significa que, para evitar conflictos a los estudiantes, cada profesor abandone sus propios puntos de vista; bastará con que permita el conocimiento de otras escuelas mediante una visión histórica de conjunto.

Entre los procedimientos que más se adecúan, en general, a los recursos disponibles para la labor docente, se recomendaron los siguientes: trabajo con pequeños grupos operativos, reducción del número de clases teóricas al mínimo necesario, utilización de seminarios y clases prácticas, elaboración de textos-guía, uso de métodos audiovisuales y ejercicio de supervisión permanente del alumno por parte de los miembros del equipo de salud.

Respecto a los métodos para suministrar información básico, se destacó la ventaja de las técnicas de "enseñanza programada" que permiten, no sólo regular el aprendizaje, sino también y simultáneamente evaluar su efectividad. Asimismo, la información contenida en textos "programados", permite a los alumnos usar un tiempo adicional para dedicarlo a los aspectos formativos.

Se estimó que el fomento de la integración interdisciplinaria e interdepartamental supone un lento trabajo de aproximación que plantea problemas pedagógicos, humanos y administrativos, cuya solución variará de acuerdo con cada lugar y las necesidades de cada institución. El departamento de psiquiatría debe interesarse por colaborar en el trabajo de los otros departamentos y estimularlos a que procedan a la recíproca. Se recomendó la incorporación de la psiquiatría y ciencias sociales en el programa de las otras cátedras y departamentos, de tal manera que el cumplimiento de los objetivos se logre no sólo mediante el departamento de psiquiatría, sino por la escuela como un todo.

Además de la necesaria formación académica y pedagógica, el personal docente deberá poseer condiciones de madurez de personalidad que permitan un contacto humano fecundo y ofrecer una imagen positiva con la cual pueda identificarse el alumno.

El docente debe disponer del tiempo necesario para la enseñanza y la investigación; si se encuentra recargado de obligaciones asistenciales, deberá organizar, con los propios alumnos y el resto del personal, un sistema de delegación supervisada de funciones que armonicen los tres aspectos mencionados.

Es necesario organizar una carrera docente debidamente estructurada que ga-

rantice una justa selección y promoción de los profesores, así como su adecuada remuneración.

Se insistió en la necesidad de promover una participación activa del estudiante, tratando de aprovechar al máximo sus aptitudes, creatividad y motivaciones.

Se coincidió en que la evaluación del proceso docente tiene que corresponder con los objetivos inmediatos y mediatos de la enseñanza. La evaluación del rendimiento del equipo docente puede hacerse mediante encuestas entre los alumnos, reuniones periódicas con el propósito de lograr un autoescrutinio o con el concurso de expertos en el tema. Sirven al mismo propósito las opiniones de los estudiantes y tal vez la proporción de ellos que posteriormente se integre a los programas de salud mental, así como la opinión de docentes de otros departamentos.

El alumno será evaluado desde dos perspectivas complementarias, a saber: la informativa, mediante pruebas de selección múltiple, cuestionarios y otros exámenes, y la formativa, por intermedio de notas de concepto en relación a la calidad de su participación, iniciativa, madurez, empatía y curiosidad científica. Otra técnica apropiada sería el estudio continuado de los cambios de actitudes, valores, y opiniones conseguidos con la actividad docente. Esto a la vez reflejaría, en forma indirecta, la calidad de la enseñanza. Los exámenes de cualquier tipo, califican no sólo a los alumnos, sino también a los profesores. Se concluyó que sería útil la constitución de juntas que se ocuparían de efectuar una valoración de rendimientos globales, por ejemplo, en el período de transición del alumno del ciclo básico (ciencias sociales) al clínico.

Finalmente se consideró la conveniencia de establecer sistemas similares de evaluación de todos los departamentos o cátedras y de la escuela de medicina en su totalidad.

TEMA III: CONTENIDO PROGRAMATICO Y UBICACION EN EL PLAN DE ESTUDIOS DE LA ENSEÑANZA DE LA PSIQUIATRIA

El contenido de las materias y su ubicación en el plan de estudios se ajustará, asimismo, a los objetivos de la enseñanza, la cual constituye un proceso que debe iniciarse en el primer año de estudios universitarios y proseguirse de un modo continuo, sistemático y gradual hasta el término de la carrera.

Más importante que la denominación de los cursos que se han de impartir es el consenso sobre las áreas del conocimiento cuyo aprendizaje es fundamental. En el ciclo básico son: psicología general y médica, antropología cultural y sociología. En el clínico: psicopatología, semiología, clínica psiquiátrica e higiene mental. La secuencia más lógica para un programa de enseñanza deberá ir de lo normal a lo anormal, desde los cursos de antropología hasta los de psiquiatría.

Se recomendó que los profesionales no psiquíatras que colaboren en la enseñanza se integren en el departamento de psiquiatría y ciencias afines a tiempo

completo o con nombramientos conjuntos, tanto en éste como en su propio departamento o facultad.

Cada institución deberá elaborar e instrumentar su plan de estudios apelando a la autocrítica y con dinamismo y espíritu de renovación, subsanando las deficiencias provenientes de su educación previa que presenten algunos alumnos.

Las etapas del desarrollo humano: gestación, infancia, adolescencia, edad adulta y senectud, así como ciertos momentos cruciales en la vida del individuo (escolaridad, elección de profesión, matrimonio, jubilación, invalidez, etc.) representan oportunidades adecuadas para la realización de la enseñanza en los primeros niveles.

La lista de temas propuesta por el Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental (IX Informe), adaptada a la realidad local, puede servir como guía en la elaboración de los programas de estudio.

Con respecto a la integración, se consideró que su eficiencia tanto en el plano vertical como en el horizontal, será mayor cuando los pediatras, internistas, obstetras y otro personal dedicado a la docencia incluyan el aspecto psicológico dentro de sus propias disciplinas.

Con respecto a la distribución de las horas, se señalaron tres posibilidades: a) enseñanza en bloques, por lapsos cortos, con dedicación exclusiva a la materia por parte del estudiante; b) clases y seminarios periódicos distribuídos en el curso de la carrera; y c) combinación de las dos posibilidades anteriores.

Se consideró que el horario mínimo asignado al departamento de psiquiatría y ciencias afines no debe ser inferior a cuatrocientas horas, distribuídas en forma equilibrada de acuerdo con la nueva orientación de la enseñanza dirigida a la formación del médico general.

Una de las dificultades para realizar este programa proviene de las posiciones unilaterales de positivismo biológico que en detrimento de los departamentos humanísticos se asume en otros departamentos de las escuelas. Otras provienen de la rigidez administrativa que impera en algunas escuelas de medicina, y un obstáculo muy frecuente reside en la escasez de recursos.

Se consideran como factores positivos de participación del departamento en un sistema administrativo racional, la adecuada integración de los planes de estudio, la capacidad de adaptación de los profesores, la simplificación del lenguaje psiquiátrico, el uso de hospitales docentes, la concentración en la rehabilitación, la evaluación sistemática de los resultados de los tratamientos, la mayor cultura psicológica de la comunidad y del grupo médico y la dedicación a tiempo completo, tanto de alumnos como de maestros.

Se estimó que sería de gran utilidad la creación de un servicio informativo que podría funcionar en la OPS, para favorecer el intercambio permanente de experiencias sobre programas, métodos de evaluación, textos, etc., de los departamentos de psiquiatría y ciencias afines del Continente. Este servicio podría ocuparse también de la traducción y distribución de trabajos seleccionados para la enseñanza.

TEMA IV: LA SALUD MENTAL DE LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Como tema complementario, el Seminario examinó aspectos de la salud mental de los estudiantes universitarios, señalándose la alta prevalencia de desórdenes emocionales en el medio estudiantil y recomendándose la promoción de la salud mental, tanto de los alumnos como del personal docente. Un programa integral deberá comprender la salud mental desde el período de la instrucción primaria del individuo hasta el ciclo universitario inclusive.

Se consideró que la inadaptación emocional es una causa importante de deserción de los estudiantes universitarios y que es conveniente disminuir en lo posible las tensiones del modo de vida actual en el ámbito universitario y favorecer la expresión de la autenticidad vocacional, sin presiones que la desvirtúen. A estos fines, se sugirió que las universidades tomen las siguientes medidas:

1. Hacer estudios epidemiológicos de las causas de desajuste emocional entre los estudiantes para precisar la magnitud real del problema y elaborar un programa adecuado de salud mental.
2. Adoptar procedimientos de selección de postulantes que permitan identificar y evitar el ingreso de los que sufran desórdenes mentales invalidantes.
3. Crear adecuados servicios de salud mental y de bienestar estudiantil.
4. Propiciar contactos interpersonales de los alumnos de diversas facultades para favorecer la adaptación, sobre todo de aquellos que provienen de zonas alejadas.
5. Revisar periódicamente los programas de los cursos con el fin de modificar los que, por sus deficientes condiciones pedagógicas, den lugar a tensiones innecesarias.
6. Realizar programas culturales y recreativos que permitan la utilización saludable del tiempo libre de los estudiantes.
7. Promover los "laboratorios de relaciones humanas", si es posible en todo el ámbito universitario, a fin de favorecer, entre otros propósitos, la relación profesor-alumno.
8. Organizar grupos operativos y/o de discusión, dirigidos o supervisados por personal adiestrado.
9. Fomentar el intercambio de experiencias entre los distintos países acerca del tema.

Estos objetivos, así como el enfoque completo del problema se podría lograr más eficazmente formulando un programa de salud mental de la comunidad que sea aplicable a todo el ámbito universitario. Según este programa, los miembros del departamento de psiquiatría realizarían su labor en colaboración con los consejeros o tutores de los alumnos con líderes voluntarios reclutados especialmente en las escuelas de medicina, psicología y ciencias sociales.

El programa se dirigiría no sólo a la prevención primaria mediante los métodos de selección de los postulantes, sino también a la prevención secundaria, mediante el diagnóstico y el tratamiento precoces de los casos clínicos, y al fomento de la salud mental de la comunidad universitaria.

INDICE DE MATERIAS

INDICE DE AUTORES

SERVICIO CIENTIFICO "ROCHE"

TRATAMIENTO DE LOS ESTADOS DEPRESIVOS CON "LIMBITROL" EN ENFERMOS AMBULANTES

El tratamiento medicamentoso de la depresión no se limita a suprimir el síntoma primario, el humor depresivo, sino que tiende también a eliminar la ansiedad que está presente casi siempre en un segundo plano. Ambos síntomas expresan unas veces el carácter fundamental del individuo, y otras las reacciones del paciente ante los conflictos. También puede provenir la ansiedad del tratamiento con timolépticos. Todo ello ha llevado a combinar con frecuencia un antidepresor y un ansiolítico, lo que facilita en gran manera el tratamiento de los estados depresivos en enfermos ambulantes.

El "Limbitrol"*, objeto del presente estudio, es la asociación de 12.5 mg. de amitriptilina y 5 mg. de "Librium"*. El ensayo comprende 50 mujeres que fueron controladas en el servicio de psiquiatría del Hospital Municipal de Madrid. Todas ellas habían estado internadas con anterioridad y fueron examinadas periódicamente en la policlínica cuando reaparecían los síntomas. Esto explica la proporción relativamente elevada de depresiones endógenas que entre ellas había (31 de 50 casos).

AYUSO GUTIERREZ comenzó el tratamiento administrando una cápsula por la mañana, otra al mediodía y dos al anochecer, y esta dosis fue sustituída al cabo de cuatro días por la de 6 cápsulas diarias, que se mantuvo durante tres semanas, salvo que la respuesta no fuese satisfactoria. En estos casos administró 8 cápsulas y, a cinco enfermas, 10 cápsulas diarias.

Durante este período los enfermos no recibieron ningún otro medicamento psicotropo. Al conseguirse la remisión clínica, el autor redujo gradualmente la dosis diaria a 4 cápsulas manteniéndola por espacio de dos meses. Las pacientes fueron examinadas regularmente cada semana hasta determinar la dosis de mantenimiento, y luego una vez al mes. Los resultados obtenidos se agruparon en diferentes categorías según el estado de las enfermas, al final de los tres meses: mejoría marcada (remisión completa), moderada (remisión parcial), ligera, y acción nula o empeoramiento. Estos resultados se resumen en el cuadro siguiente:

Diagnóstico	Total	Mejoría			Acción Nula	Empeoramiento
		marcada	moderada	ligera		
Depresión neurótica	5	—	3	2	—	—
Depresión endógena	31	21	7	3	—	—
Depresión reaccional	2	1	1	—	—	—
Melancolía involutiva	4	3	1	—	—	—
Hipocondría	3	—	—	1	2	—
Esquizofrenia crónica	2	—	—	1	1	—
Demencia arteriosclerósica	2	—	—	2	—	—
Demencia senil	1	—	1	—	—	—
Total	50	25	13	9	3	0

*Marca de fábrica.

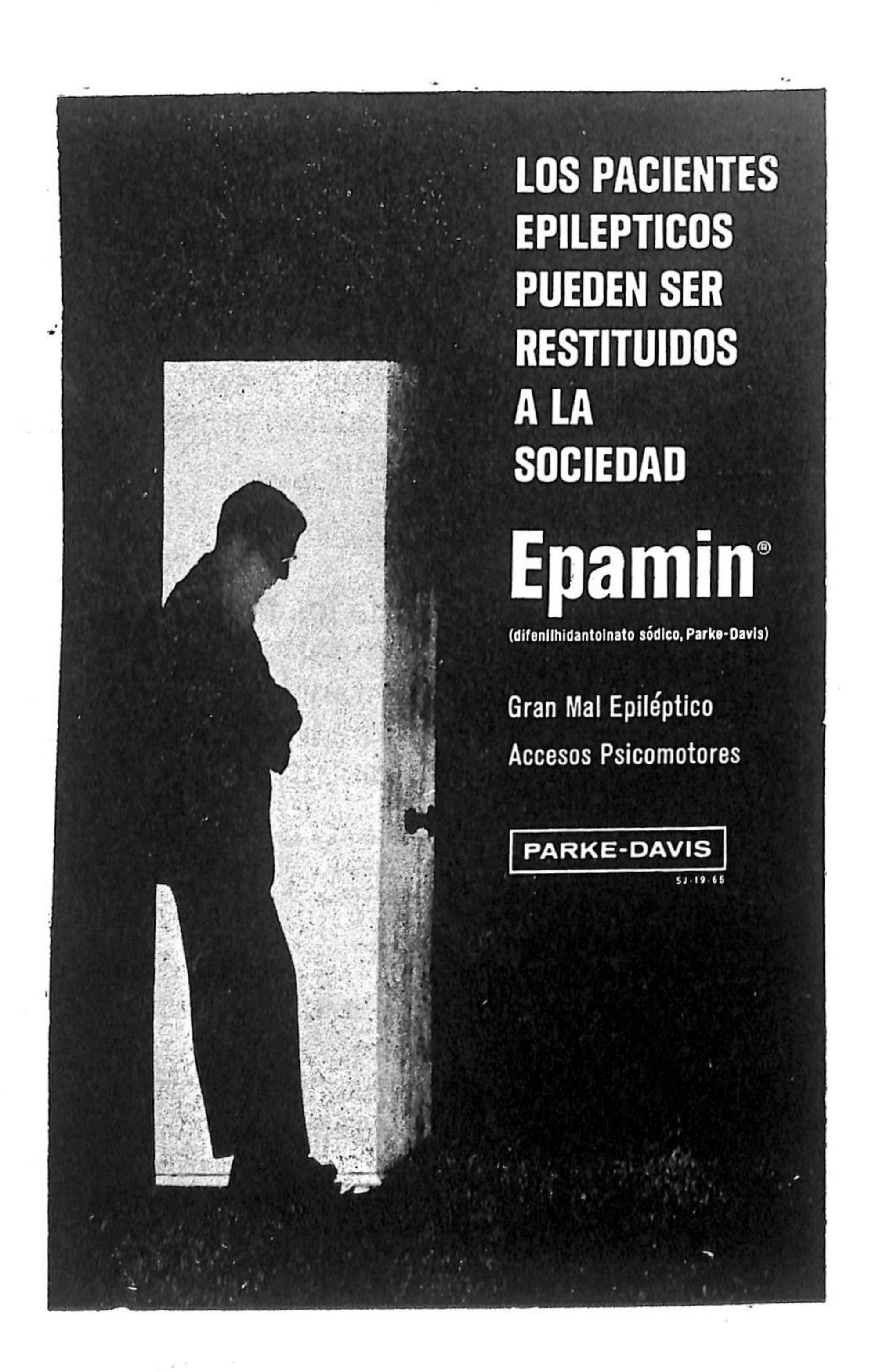
Como puede apreciarse, los resultados han sido muy satisfactorios en las diversas formas de depresión, ya que se logró remisión completa en 25 de los 42 casos y remisión parcial en 12. Los resultados fueron menos convincentes en caso de lesión orgánica pero únicamente tres pacientes no experimentaron mejoría al final de los tres meses de tratamiento. No hubo ningún caso de empeoramiento.

Cuando había ansiedad, desapareció con gran rapidez, al cabo de un día o dos de tratamiento. La reanimación del humor se manifestó a partir del quinto día en la mayoría de los casos.

Por lo general, el "Limbitrol" fue bien tolerado a pesar de que el autor administró en ocasiones dosis relativamente elevadas. Siete pacientes presentaron somnolencia, sobre todo al comienzo, pero este efecto suele desaparecer incluso sin necesidad de reajustar la dosis. En diez casos se observó un ligero descenso transitorio de la tensión arterial que se normalizó espontáneamente en uno o dos días. Dos enfermas se quejaron de vértigo. El peso corporal no experimentó variaciones.

AYUSO GUTIERREZ llega a la conclusión de que el "Limbitrol" es eficaz en la depresión endógena simple y en la reaccional. No lo es tanto en las formas sintomáticas de la depresión. Su gran ventaja radica en que asocia en un solo medicamento propiedades ansiolíticas y antidepresivas. Por su efecto regulador del sueño y por no provocar efectos secundarios graves, el "Limbitrol" resulta muy adecuado para el tratamiento ambulante de los enfermos depresivos.

AYUSO GUTIERREZ, J.L., Departamento de Psiquiatría, Hospital Clínico, Madrid: Tratamiento ambulatorio de los estados depresivos con Ro 4-6270/2. Comunicación, IV Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid, 5-11.9.1966.


LOS PACIENTES
EPILEPTICOS
PUEDEN SER
RESTITUIDOS
A LA
SOCIEDAD
Epamin®
(difenilhidantoinato sódico, Parke-Davis)
Gran Mal Epiléptico
Accesos Psicomotores
PARKE-DAVIS
SJ-19-65

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

La Revista recibirá artículos de autores nacionales o extranjeros. Los trabajos que deben ser originales e inéditos, se enviarán al Director, publicándose previa aprobación de la Comisión Editorial, la que podrá introducir las modificaciones que sean necesarias para mantener uniformidad en el estilo. También se publicarán artículos especiales, revisiones de conjunto y casos clínicos. No se devolverá ningún original aceptado para publicarlo, aconsejándose a los autores retener una copia de su trabajo.

El autor debe escribir su nombre completo, con los títulos que posea, el cargo que desempeña, si lo tiene, y consignar el lugar donde ha realizado el trabajo. Al final del artículo anotará su dirección completa y la fecha de remisión. Cuando envie una colaboración por primera vez, incluirá una breve nota biográfica, mencionando sus aportaciones a la literatura psiquiátrica.

El título del artículo debe ser lo más corto posible y los datos adicionales serán completados mediante un subtítulo. Los originales serán escritos a máquina, en doble o triple espacio, con márgenes anchos a ambos lados y sin enmiendas. El texto será de preferencia breve y se sujetará a las normas usuales para la redacción de artículos científicos, constando —cuando sea posible— de introducción, material y métodos, resultados, comentario o discusión, conclusiones, sumario y bibliografía. Las fotografías deben enviarse en papel lustroso, cuando menos de 9 x 12 cms., los dibujos o esquemas irán en tinta china, con caracteres tipográficos, a rasgos gruesos, en papel marquilla. Todas las ilustraciones serán adheridas por un extremo con goma o pasta a una hoja de papel, con la leyenda respectiva. Detrás de cada ilustración deberá anotarse, con lápiz negro, a trazos suaves, el nombre del autor y el ttíulo del trabajo.

La bibliografía se hará numerando correlativamente las citas, ajustándose al sistema utilizado por el Quarterly Cummulative Index Medicus (Amer. Med. Ass.). En caso de artículos será como sigue:

Kepecs, J. G.: Ambiguity and Represion. Arch. Neurol. & Psychiat. 80: 502-512, 1958.

Tratándose de libros, se citará así:

Reiss, M.: Psycho Endocrinology, New York, Pub. Grune & Stratton, 1958.

Los autores que deseen separatas de sus trabajos las contratarán directamente al impresor.

COMUNICACIONES

La correspondencia relacionada con la Asociación debe digirse al Presidente, Apartado 5116 Miraflores, Lima, Perú.
Los artículos originales, comunicaciones, noticias, crítica de libros y notas clínicas se dirigirán al Director de la Revista, a la dirección antes indicada.
Las solicitudes de suscripción, canje, adquisición de números anteriores y avisos de propaganda corren a cargo del Editor, Apartado 255, Miraflores, Lima-Perú.

CONTENIDO

EDITORIAL GRAFICA LABOR